

RESUMEN

La mortalidad materna y neonatal son indicadores del grado de desarrollo de nuestro país y garantía de los derechos de la sociedad; bajar su porcentaje, es una prioridad para el sistema de salud pública.

Objetivo: Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materno neonatal, y calidad de la atención en el Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón, en el primer semestre del 2010.

Se realizó un estudio descriptivo por medio del Sistema Informático Perinatal (SIP) de todas las atenciones en el período comprendido desde Enero a Junio del 2010. Se analizaron las variables obtenidas del Sistema Informático Perinatal de la Historia Clínica Materno Perinatal del Ministerio de Salud Pública.

Se contó con 117 fichas. El análisis estadístico, fue mediante los programas SIP y Excel, y los estándares de calidad de acuerdo con el manual del MSP.

Resultados: no se presentaron muertes maternas ni neonatales. Las 5 principales causas de morbilidad materna fueron distocias, aborto, rotura prematura de membranas, pielonefritis, vaginosis. En cambio para los neonatos hiperbilirubinemia, riesgo de sepsis, incompatibilidad ABO, distrés respiratorio, restricción de crecimiento.

Las calificaciones del cumplimiento de los estándares de calidad recibieron buenos porcentajes, excepto en el manejo de complicaciones obstétricas.

Las edades de riesgo (menor de 20 y mayor de 35) sumaban 37%, los embarazos no planeados un 46% y el uso de anticoncepción 3%. Hubo 35% de control prenatal deficiente.

PALABRAS CLAVE: MORBILIDAD, MORTALIDAD MATERNA, CAUSAS, HOSPITAL AIDA DE LEON RODRIGUEZ

ABSTRACT

Maternal and neonatal mortality are indicators of the degree of development of our country and guarantee the rights of society to lower your rate, it becomes a priority for the public health system.

Objective: To describe the main causes of maternal and neonatal morbidity and mortality, and quality of care at “Aida de Leon Rodriguez Lara” Hospital from Giron, in the first half of 2010.

A descriptive study was conducted by the Perinatal Information System (SIP) of all the attention in the period from January to June 2010.

The variables were obtained of the Perinatal Information System of the Perinatal Maternal Clinical History of the Ministry of Public Health and they were analized.

There were 117 cards. The statistical analysis was done through the program SIP and Excel, and the standards of quality were achieved according to manual of the Ministry of Public Health.

Results: There were not either maternal or neonatal deaths. The five leading causes of maternal morbidity were dystocias, abortions, premature rupture of membranes, pyelonephritis, vaginosis. In contrast the neonatal morbidity hyperbilirubinemia, risk of sepsis, ABO incompatibility, respiratory distress, restriction of growth.

The ratings of compliance with quality standards were good percentages, except in the management of obstetric complications.

The ages of risk (less than 20 and greater than 35) were 37% of unintended pregnancies by 46% and 3% use contraception. There was 35% of deficient prenatal control.

CONTENIDO

CONTENIDO	3
I INTRODUCCIÓN	11
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
III JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	14
IV MARCO TEÓRICO	15
4.1 Morbilidad y mortalidad materna	15
4.2 Morbilidad y mortalidad neonatal	18
4.3 Marco Legal.	22
4.4 Normas y Protocolos Materno:.....	22
4.5 Sistema Informático Perinatal (SIP)	22
4.6 Prácticas Eficientes e Ineficientes.....	23
4.7 Estándares de calidad.....	27
4.8 Gestión.....	29
V MARCO REFERENCIAL	31
VI OBJETIVOS	32
6.1 Objetivo General:	32
6.2 Objetivos Específicos:.....	32
VII DISEÑO METODOLÓGICO	33
7.1 Tipo de Estudio	33
7.2 Área de Estudio.....	33
7.3 Universo de Estudio	33
7.4 Procedimientos, técnicas e instrumentos.....	33
7.4.1 Autorización	33
7.4.2 Instrumentos de la recolección de datos.....	33
7.5 Operacionalización de las Variables	33
7.5.1 Variables maternas (ver anexo 1 y 2)	34
7.5.2 Variables neonatales (ver anexo 1, 2 y 3).....	35
7.5.3 Estándares e Indicadores para la Atención de la Salud Materna y Neonatal (ver anexo 4).	36
7.6 Como se procedió a recolectar los datos	37
7.6.1 Recolección de la información.-	37
7.6.2 Recolección de datos.....	38
7.7 Aspectos éticos	38
7.8 Plan de tabulación y análisis	38
VIII RESULTADOS	39
8.1 Causas de morbilidad materna	39



8.2 Causas de morbilidad neonatal.....	40
8.4 Tabla Base	43
8.4.1 Antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos	44
8.4.2 Gestación actual	45
8.4.3 Parto	48
8.4.4 Egreso materno	51
8.5. Neonato	52
8.5.1 Egreso neonatal.....	54
<i>IX DISCUSIÓN.....</i>	<i>56</i>
10.1 Conclusiones.....	63
<i>XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</i>	<i>65</i>
<i>I ANEXOS</i>	<i>70</i>



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO NEONATAL Y CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL AIDA DE LEÓN RODRÍGUEZ LARA, GIRÓN,
2010”.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORAS: GABRIELA DEL PILAR GONZÁLEZ ZHINDÓN.
DELIA GABRIELA GRANDA JUCA**

**DIRECTORES: DR. JOSÉ ORTIZ
DR. XAVIER MOLINA**

**CUENCA – ECUADOR
2011**



DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de investigación a las personas más importantes de mi vida mis padres, a quienes les debo todos los logros alcanzados. Mi triunfo es el de ustedes.

A mis hermanas que me han apoyado a lo largo de mi vida.

A mis sobrinos por alegrarme cada instante de mi vida.

Gabriela González



DEDICATORIA

A mi madre, Lcda. Delia Juca N. por su apoyo en mi formación académica y a mi amado esposo, Ing. Daniel Silva P. por su incondicional colaboración.

Gabriela Granda.



AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas, acompañándome en todo momento. Agradezco:

A Dios por haberme permitido alcanzar una meta más en mi vida.

A mis padres por su cariño, comprensión y apoyo incondicional.

A mis hermanas por la compañía y el apoyo que me brindan.

Al Dr. José Ortiz y al Dr. Xavier Molina por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

A la Dra. Claus Salcedo Directora de Hospital Aida de León Rodríguez Lara, por habernos permitido realizar este trabajo de investigación.

A la Dra. Tania Prado por los consejos, el apoyo y el ánimo que me brindó.

Gracias también a mis queridos amigos que me apoyaron y estuvieron conmigo compartiendo experiencias, desveladas y triunfos.

Gabriela González



AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las pacientes que son la causa de nuestra investigación, a la Directora del Hospital Dra. Claus Salcedo y al personal médico. Igualmente a nuestros directores Dr. José Ortiz y Dr. Xavier Molina quienes nos supieron ayudar y guiar en esta investigación.

Gabriela Granda



RESPONSABILIDAD

El contenido del presente estudio es de absoluta responsabilidad de las autoras.

Gabriela Del Pilar González Zhindón
CI: 0302182134

Delia Gabriela Granda Juca
CI: 0705041150

.....

.....

I INTRODUCCIÓN

La presente investigación es parte del programa Tecnologías de Información y Comunicación -TIC- cuyos objetivos son implementar procedimientos para la capacitación del personal de salud en aplicación de prácticas beneficiosas y corrección de errores en la atención de los problemas de salud perinatal, manejo del Sistema Informático Perinatal para la vigilancia epidemiológica, mejoramiento de la gestión de calidad de los servicios y difusión de indicadores, procesos, resultados y desarrollo de módulos educativos para el mejoramiento de la salud materna y neonatal tanto a nivel local y por último a nivel nacional. En el programa participan 10 unidades de salud de la provincia del Azuay; docentes y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela de Ingeniería de Sistemas, Autoridades y Líderes de programas relacionados con la salud materna y neonatal del MSP, personal de salud y población atendida en dichos hospitales. La capacitación pretende que el personal de salud desarrolle habilidades para el manejo de tecnologías de información y comunicación, tales como: sistema informático perinatal (SIP), bibliotecas virtuales, software en salud, portal web del proyecto, correo electrónico, internet, entre otras, para analizar, monitorizar y priorizar las causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Las tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren durante los primeros siete días. La Mortalidad Materna más frecuente ocurre dentro de las primeras 2 horas postparto. (1)

La Mortalidad Materna se considera un problema de salud pública y es un indicador que refleja varias situaciones: estado nutricional, de salud, educación, socio económico y cultural, la oportunidad al acceso y a la calidad de atención de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, entre otros (2).

El incremento de la morbilidad materno y neonatal está relacionado el talento humano, los recursos e insumos, y de uso de tecnologías de información y de comunicación de manera ineficiente. Esto se reflejado en un débil cumplimiento de las normas y protocolos de actuación, escasa recolección de datos a través del Sistema Informático Perinatal, de manera que no existen fuentes confiables de análisis; esto dificulta elaborar de propuestas de gestión para mejorar la calidad de atención perinatal, ya que no se conoce la realidad de la salud.

Se trata de un estudio descriptivo basado en la interpretación de datos de las mujeres atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón durante el primer semestre del 2010.

Con la información obtenida de la Historia Clínica Perinatal se procede a identificar y a hacer un listado de los factores determinantes en el proceso de la morbilidad y mortalidad neonatal y materna. El listado identifica factores biológicos, sociales, culturales y ambientales, que posteriormente se ubican en una matriz de áreas y sectores para facilitar la identificación de las posibles intervenciones a implementar.

Es importante considerar los estándares e indicadores para evaluar la calidad de atención que repercutirá en la morbilidad y mortalidad neonatal y materna. Este monitoreo de la calidad de la atención se realiza con la recolección y análisis de datos para evaluar el grado de cumplimiento de los mismos. (3)

Durante el presente estudio no se presentaron muertes maternas ni neonatales. Sin embargo la morbilidad materna estuvo dada por distocias, aborto, rotura prematura de membranas, pielonefritis, vaginosis, infección de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, placenta previa, amenaza de aborto y embarazo anembrionario. En cambio para los neonatos hiperbilirubinemia, riesgo de sepsis, incompatibilidad ABO, distrés respiratorio, restricción de crecimiento intrauterino, poliglobulia e hipoglucemia.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante señalar que el 99% de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en vías de desarrollo. En todo el mundo 515.000 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo. (5). La tasa de mortalidad materna en Ecuador en el año 2009 es de 96 por 100.000 nacidos vivos. (29) La tasa en la Región Sierra es de 77.4 y en la provincia del Azuay es de 130. En la Región Costa la tasa es de 79.9 y en la Región Amazónica es de 104.5. (7)

El Hospital Aída de León Rodríguez Lara no contaba con estudios anteriores que nos permitan determinar la morbilidad y mortalidad materna a nivel local. La limitada calidad de atención perinatal se deben principalmente a un sistema irregular de evaluación continua de prácticas clínicas y tratamientos para las patologías obstétricas y neonatales que están fundadas en la mayoría de los casos en criterios personales y no en normas basados en la evidencia científica; esto se ve reflejado en un débil cumplimiento de estándares de calidad en las unidades de salud así como su gestión para cubrir las necesidades de capacitación al personal médico.

El uso de un sistema de información interconectado que acompaña y evalúa las decisiones de salud en todos los niveles como el Sistema Informático Perinatal de la OMS/OPS presenta deficiencias por la insuficiente cantidad y calidad de los datos, manejo no apropiado de los mismos por el personal responsable. Planteando la necesidad de recabar información de lo más fehaciente y precisa posible y sobre esta base establecer directrices (por parte de las autoridades) para cuidados obstétricos y neonatales más adecuados.

III JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La finalidad de la presente investigación es conocer la calidad de la atención materna y neonatal, así como las principales causas de morbilidad y mortalidad, de manera que proporcionen fuentes de análisis para mejorar la cobertura y calidad de atención, y promover una correcta orientación de las estrategias creadas para mejorar las deficiencias encontradas. Pretende objetivizar y aportar una fuente adecuada de datos mediante la depuración a través de la base de datos del SIP que puede servir como base para la toma de decisiones por parte de las autoridades, además brindara fuentes estadísticas confiables de la realidad local para implementar estrategias adecuadas en torno a la atención materno perinatal. Con la posibilidad de registrar precedentes para futuras investigaciones epidemiológicas.

Como esta investigación es parte del proyecto Tecnologías de Información y Comunicación -TIC- para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay, toda la información será publicada en la página web del mismo, además una copia será entregada a las autoridades del Hospital Aída de León Rodríguez Lara de Girón. Los beneficiarios serán el personal de salud para mejorar la atención a través de la generación de propuestas y/o decisiones que vayan encaminadas a la mejora de la atención y tratamiento. También serán favorecidas en última instancia las pacientes que son el fin mismo de la labor de los trabajadores de la salud.

IV MARCO TEÓRICO

4.1 Morbilidad y mortalidad materna

El Ecuador cuenta con 779 parroquias rurales y la población en estas es de 34,8% de la población general y su tasa de mujeres en edad fértil es de 62%.

Los problemas de malnutrición afectan a más del 55% de mujeres en edad fértil antes de embarazarse y el 60% sufren de anemia cuando se embarazan, mientras que el 14% de recién nacidos nacen con bajo peso.

Mortalidad materna: Fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este. (2)

Mortalidad Materna de causa Obstétrica Directa: Las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Mortalidad Materna de causa Obstétrica Indirecta: Las muertes que resultan de enfermedades preexistentes o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo.

Tasa de Mortalidad Materna: Es el número de defunciones maternas para el total de nacidos vivos por cien mil. (9)

La tasa de mortalidad materna en Ecuador en el año 2009 es de 96 por 100.000 nacidos vivos según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). A nivel de provincias, Guayas tuvo el mayor número de casos; le siguen en importancia las provincias de Morona Santiago, Pichincha, Carchi, Bolívar y Orellana. En el Azuay se produjeron un total de 13 muertes maternas con una tasa de mortalidad de 139,7 defunciones por 100.000 nacidos vivos (29).

Causas de Mortalidad Materna. Causas directas: A nivel mundial, un 80% son: hemorragias posparto (25%), septicemia (15%), preeclampsia y eclampsia (12%), distocias (8%), aborto (13%). Causas indirectas: A nivel mundial un 20% son: paludismo, anemia, VIH/SIDA o enfermedades cardiovasculares. (1)

Principales Causas de Muerte Materna. Ecuador 2008 (Lista detallada de la cie-10).

Hemorragia postparto (15.2%), hipertensión gestacional (13.9), otras enfermedades maternas que complican el embarazo (10.2%), el parto y el puerperio anormalidades de la dinámica del trabajo de parto (5.5%), sepsis puerperal (4.8%), embarazo ectópico (1.8%), aborto no especificado (3.6%), desprendimiento prematuro de la placenta (3%), muerte obstétrica de causa no especificada (3%). (10)

En el Ecuador 46 cantones de doce provincias concentran 170 muertes maternas en el año 2006, ocurridas en el embarazo, parto o posparto en tres lugares o escenarios donde suceden demoras que ocasionan muertes maternas. En muchas unidades de salud es evidente que no se cuenta con personal competente las 24 horas, equipos e/o insumos necesarios (2).

Demoras de la Mortalidad Materna:

Primera Demora: Decisión de acudir en busca de atención cuando existe alguna complicación obstétrica (la falta de reconocer que hay un problema por los familiares y la paciente).

Segunda Demora: Adoptar la decisión de ir en procura de atención médica (falta de transporte, caminos difícilmente accesibles, distancias lejanas de los hogares a los centros, subcentros y hospitales).

Tercera Demora: Falta de atención rápida y oportuna al ingreso a los departamentos de emergencia de los hospitales (políticas prepago, dificultades para obtener suministros de sangre, equipo o acceso a un quirófano). (9)

En cinco cantones de la sierra central predominan las muertes maternas en el hogar-comunidad.

Escenario 1: Primera Demora: En siete cantones de cinco provincias predominan las muertes por limitaciones en el traslado.

Escenario 2: Segunda Demora: En doce cantones de once provincias tienen mayor predominio de muerte materna institucional.

Escenario 3: Tercera Demora: En el mismo escenario, once cantones de nueve provincias tienen menos casos de muertes maternas institucionales.

Factores de Riesgo de Mortalidad Materna

Son aquellos hábitos o antecedentes de la madre que complican el embarazo.

Existe mayor riesgo de morir asociado a los extremos de la vida (menor a 19 o mayor de 35 años), embarazo múltiple (más de 2 fetos), ser primípara o multiparidad, abortos, cesáreas previas, obesidad o desnutrición, prematuridad, defectos congénitos, etc. (8) (11) (15)

En el país el 64% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años. Del total de muertes maternas 10% ocurrieron en menores de 20 años, mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años y más mueren en un 25%.

En contraste con la tasa de fecundidad nacional que ha descendido, la tasa de fecundidad específica en adolescentes aumenta, lo que demanda intervenciones específicas en este grupo de edad, especialmente si se tiene en cuenta que:

El 43.6% de adolescentes casadas o unidas no utilizan métodos anticonceptivos.

De 128.530 partos únicos espontáneos, el 22 % fueron de madres adolescentes.

De 556 abortos espontáneos, el 17% fueron en adolescentes y de los 18.381 abortos no especificados, el 16 % fueron de adolescentes.

Una de cada diez muertes maternas sucede en adolescentes. (2).

Relacionándose también positivamente con lo siguiente: un peso bajo o muy bajo al nacer, mortinatalidad, mortalidad neonatal precoz, ingreso en la UCI neonatal, estancia prolongada de la madre en el hospital tras el parto, y cesárea. (8) (11) (15)

La cesárea cuyo promedio esperado, según la OMS, no debería rebasar del 5-15% de todos los partos, tiende a incrementarse en la costa y la región insular, seguida por la sierra y la amazonía.

Los niños y niñas que habitan en las áreas rurales, indígenas y en situación de pobreza tienen mayor probabilidad de morir durante el período neonatal. El mayor riesgo de morir en las provincias de Carchi, Guayas, Pichincha, Los Ríos, Galápagos y Cotopaxi que tienen tasas de mortalidad neonatal por encima de la tasa promedio nacional. (2).

Morbilidad Materna.

Complicación obstétrica severa que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una intervención médica urgente. (12)

Diversos estudios muestran con mayor frecuencia una morbilidad materna representada por: preeclampsia, eclampsia, hemorragias masivas, infecciones. Con menor frecuencia: el shock séptico, Cardiopatía, Síndrome de HELLP. (5) (12) (13) (14) (15).

4.2 Morbilidad y mortalidad neonatal

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), define a la mortalidad neonatal como la muerte producida desde el momento del parto hasta los primeros 28 días de vida.

Principales Causas de Mortalidad Neonatal.

Son los trastornos respiratorios y la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. El peso bajo al nacer, que es un factor predisponente se estima que llega al 6,8%. El alto porcentaje de cesáreas constituyen otro factor de riesgo para los recién nacidos, aunque en situaciones indicadas sea un procedimiento importante para salvar la vida de la madre y del/a recién nacido/a. (2)

Principales Causas de Mortalidad Infantil. Ecuador 2009. (Lista Internacional Detallada-CIE-10)

Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer (17.4%), Malformaciones Congénitas (1.4%), Hipoxia Intrauterina (2.3%), Síndromes de Aspiración Neonatal (2.3%), Dificultad Respiratoria (2.5%), Sepsis (6.6%), Neumonía Congénita (2.8%), Trastornos Cardiovasculares originados en el periodo perinatal (1.1%), Asfixia (1.6 %), Hidrocéfalo congénito (1,2%). (16)

Factores de Riesgo

Son los antecedentes del recién nacido que llevan a la morbilidad y mortalidad. (17)

Entre los factores maternos que afectan a la salud neonatal figuran la desnutrición materna, la edad de la madre (menor de 18 años o mayor de 35 años), múltipara (más de 5 partos), un intervalo breve entre nacimientos (menos de tres años entre los embarazos), hemorragia durante el tercer trimestre y complicaciones de parto (trabajo de parto prolongado u obstruido). Otros factores que afectan la supervivencia de los recién nacidos son las infecciones maternas, como las de transmisión sexual (VIH/sida, la sífilis), infección de las vías urinarias y la malaria. Un bajo nivel educativo de la madre, un régimen alimentario deficiente, recursos limitados y un acceso inadecuado a los servicios de salud, una atención deficiente durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, así como pocas posibilidades para tomar sus propias decisiones, son también factores importantes (30).

Estudios de Morbilidad y mortalidad neonatal en otros países.

1. Reducción de morbilidad y mortalidad neonatal en América Latina y El Caribe.

Este es un informe del Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal en América Latina y El Caribe, elaborado en Guatemala en 2007.

Se incluyen: las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematuridad (24%), las malformaciones congénitas (10%) y otras (5%).

Entre los factores maternos que afectan a la salud neonatal figuran la desnutrición materna, la edad de la madre (menor de 18 años o mayor de 35 años), haber tenido más de 5 partos, un intervalo breve entre nacimientos, hemorragia durante el tercer trimestre y complicaciones de parto. Otros factores son las infecciones maternas, como las de transmisión y otras como la infección de las vías urinarias y la malaria. Un régimen alimentario deficiente, recursos limitados y un acceso inadecuado a los servicios de salud, una atención deficiente durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, así como pocas posibilidades para tomar sus propias decisiones, son también factores

importantes. (35) En cuanto al neonato, factores como peso al nacer < 1000 gr o > 4000 gr; edad gestacional < 35 o > 42 semanas, temperatura rectal < 36.5 ó > 38.0°C, dificultad respiratoria, anomalías congénitas, ventilación con ambú o masaje, drogas, procedimientos de reanimación sin presión positiva o masaje cardiaco. (36)

2. Morbimortalidad perinatal en embarazos en vía de prolongación y prolongado en pacientes de alto riesgo obstétrico

Se trata de un estudio realizado en el hospital Berta Calderón Roque de Managua-Nicaragua en 2005. Es descriptivo y de corte transversal, la población estudiada fue 124 pacientes.

La tasa de mortalidad encontrada fue de 1x1000 Nacidos Vivos y la tasa de morbilidad de 10.9 x 1000 Nacidos Vivos. El grupo etáreo de las madres con embarazo prolongado mas afectado fue el 20 – 34 años con 57.3%, y según paridad fueron las nulípara con 58%. La edad gestacional por Capurro encontrada en los recién nacido fue 42 semanas con 52.4% y tuvieron adecuado a la edad gestacional 86%. El 51.6% de la pacientes fueron inducidas ò conducidas durante su trabajo de parto naciendo 29% por cesárea y 22.6% por vía vaginal. En un 56.5% presentaron liquido amniótico meconial y de estos el 17.7% presentaron asfixia moderada y severa el 3.2% fallecieron por SAM Y ASFIXIA.

En relación al peso de los recién nacidos se encontró que 86% tuvieron peso entre 2500 – 40000 gramos y de éstos un 61.3% nacieron por cesárea y 25% nacieron vía vaginal; los recién nacidos que tuvieron peso menor 2500 gramos 5.6% nacieron por vía vaginal y los que pesaron más 4000 gramos 6.4 % en su mayoría nacieron por vía vaginal 5.6 % y 2.4% de los nacidos por cesárea.

Las principales causas de muerte fueron la asfixia y al SAM con 1.6% cada uno respectivamente; y 0.8% por cardiopatía congénitas. De éstos fallecidos, el 3.2% era de 42 semanas de gestación y el 0.8 % de 43 semanas. En cuanto al APGAR de los recién nacidos fallecidos el 1.6% presentaron APGAR severamente deprimido, otro 1.6% con APGAR moderadamente deprimido y solamente 0.8% con APGAR vigoroso. (37)

3. Política nacional de salud materno-infantil Honduras

Un 25,5% de los nacimientos ocurridos en adolescentes fueron no deseados. Las mujeres con mayor proporción de hijos no deseados se concentraron entre los 40 a 49 años al momento del nacimiento, en aquellas en que este nacimiento era al menos el sexto y en las que no tenían ninguna educación formal. Existe un marcado incremento de madres adolescentes y solteras, cuyos efectos psicosociales se manifiestan en la maternidad temprana y/o no deseada así como nacimientos de niños de bajo peso.

El 40,6% de las muertes maternas sucedió en el puerperio y el 34,9% en el parto, las causas determinantes son la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis. Una proporción importante de muertes acontece en la comunidad, en donde intervienen desde factores socioeconómicos, culturales, género y violencia hasta factores directamente involucrados al acceso a los servicios de salud.

La suplementación con ácido fólico, hierro y vitamínicos prenatales fue del 83% en las mujeres con educación superior y entre 11 y 52% en aquellas sin educación formal.

El uso de métodos anticonceptivos es considerado una estrategia relevante que influye positivamente en el comportamiento de la fecundidad, la prevención de embarazos no deseados y embarazos de alto riesgo, por lo tanto importante en la reducción de la mortalidad materna. La prevalencia de uso de métodos es de 61,8%. La prevalencia es menor en mujeres pobres, con bajo nivel educativo, en zona rural y que presentan uno o más factores de riesgo reproductivo. La infección por VIH/SIDA aparece como la primera causa de muerte en mujeres en edad reproductiva, representando el 17% de todas las causas.

La atención prenatal del último nacido vivo tuvo una cobertura de 82.6%, el 62,6% de las mujeres tuvo al menos una atención prenatal, 25.4% de las mujeres tuvo por lo menos cinco atenciones y el 56,4% inició la atención durante el primer trimestre. (38)

4.3 Marco Legal.

Las bases legales para la ejecución de este proyecto están contemplados en:

La Constitución de la República del Ecuador: Derecho a la Salud. **Ley Orgánica de Salud:** Promoción, Prevención y Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva. **El Código de la Niñez y Adolescencia:** Atención Integrada durante el Embarazo y el Parto. **Acuerdo Ministerial N° 0000253 de 11 de Agosto de 2005:** Plan Nacional de Reducción Mortalidad Materna. (2) (18)

4.4 Normas y Protocolos Materno:

Guías del Ministerio Salud Pública para una adecuada atención y control materno neonatal. Están siendo aplicadas a nivel nacional.

Se utilizará el carnet perinatal como documento de control y referencia institucional durante la etapa prenatal. La Historia Clínica Materno Perinatal del MSP-HCU. Forma. # 051 se empleará para evaluar, registrar y controlar la labor de parto, puerperio así como determinar factores de riesgo durante los mismos, y estado del neonato (19)

4.5 Sistema Informático Perinatal (SIP)

El Sistema Informático Perinatal está dedicado específicamente a la salud de las madres y los neonatos, desde el comienzo del embarazo, durante el parto y el puerperio. Mediante un sistema informático elaborado por CLAP/OPS, basado en una Historia Clínica Perinatal (HCP) de una sola página con los datos de interrogatorio, examen y estudios complementarios ordenados en la secuencia cronológica en que se recogerán. Un sistema de alerta, destacado con color amarillo, jerarquiza aquellas situaciones de riesgo aumentado. Los datos de la HCP pueden ser volcados a un computador personal y periódicamente los servicios locales pueden evaluar la situación materna neonatal y la calidad de la asistencia mediante programas que simplifican la elaboración de estadísticas básicas, selección de historias, descripción de variables, cálculos de riesgo, entre otros. El Sistema Informático Perinatal permite además la comparación de la situación perinatal institucional por su característica uniforme de recolección y análisis de los datos. El sistema

presentado funciona con éxito en instituciones del Uruguay y de la mayoría de los países de América Latina y del Caribe de habla hispana. (20)

Aplicación del Sistema Informático Perinatal en otros Países.

1. Cobertura del Sistema Informático Perinatal Argentina 2006

Se trata del informe del Sistema Informático Perinatal (SIP) de la República de Argentina en el año 2006.

El 66% de las embarazadas alcanzan los 5 o más controles, pero 24.7% cuenta con 1 a 4 controles (insuficientes). Promedio de controles: 4.8 controles. 29% tuvieron su primer control obstétrico durante el primer trimestre; 30 % en el segundo trimestre; 12.6% en el tercer trimestre.

Serología Luética: 8.8% carece; Vacunación Antitetánica: 12,3% sin vacuna. (39).

La prevalencia de embarazos con alguna patología es del 28,4%

Cobertura SIP: 8.6% sin control. Cardiopatía 0,1 %

Grupo y Factor: 6.6% se desconoce. Diabetes 0,8 %

Hb no evaluada: 26.9% ITU 4,8%

Embarazo Múltiple, 1 % RCIU 1,3%

HTA Previa 1,2 % APP 4,1 %

HTA inducida 3,4 % RPM 5,9 %

Eclampsia 0,3 % VDRL Positivo 1,4 %

4.6 Prácticas Eficientes e Ineficientes.

Es conocido que la disponibilidad de servicios de salud, los niveles educativos de las madres y su calificación para el cuidado infantil, las condiciones socio-sanitarias de los hogares, el acceso a agua potable, saneamiento ambiental, niveles de pobreza y bienestar del medio familiar, son factores que pueden modificar la morbilidad materno-neonatal.

Una de las principales causas de ingreso de las madres embarazadas, al centro hospitalario es la infección de vías urinarias que podría evitarse al tratar la bacteriuria asintomática, la misma que ocurre en el 2% al 10% de los embarazos y, si no se trata, hasta el 30% de las madres desarrollarán pielonefritis aguda. La misma se ha asociado con bajo peso al nacer y parto

premature. El tratamiento con antibióticos se asocia con una reducción en la incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer. (40)

PRACTICAS CLÍNICAS	BENEFICIOSAS		INEFECTIVA O PERJUDICIAL	
	% válido de uso	Número	% válido de uso	Número
CUIDADOS GENERALES DURANTE LA GESTACIÓN				
Carné materno perinatal	88,2	2562		
Suplemento con hierro y folatos	96,5	1703		
Tamizaje por bacteriuria asintomática durante la gestación	96,3	2036		
Tamizaje para sífilis antes de la semana 20	98,1	2639		
INTERVENCIONES EN LATERACIÓN DE LA GESTACION				
Sulfato de Mg. Para eclampsia	33,3	1		
Sulfato de Mg. Para pre-eclampsia severa	94,7	22		
Corticoides para maduración en riesgo de parto pretérmino	83,3	25		
Intervenciones en trabajo de parto y parto				
Enema evacuante durante el trabajo de parto			0,8	17
Rasurado perineal de rutina en la preparación del parto			43,0	799
Posición dorsal en el período expulsivo del parto			84,1	1678
Episiotomía en primíparas			46,9	799
Terminación electiva después de 48 semanas de gestación	58,4	73		
Apoyo continuo para la mujer durante el trabajo de parto	28,1	650		
Manejo del alumbramiento prevención de hemorragia posparto	92,7	1826		
CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO				
Lactancia materna exclusiva	98,1	2311		
Alojamiento conjunto madre-hijo	92,6	2215		

(20) (21) (22) (23) (24) (25) (26)

Atención Perinatal:

- Un mayor número de muertes fetales y nacimientos prematuros pueden ser causados por retraso de la atención perinatal en el embarazo. (31).
- La multiparidad representa un mayor riesgo tanto para los recién nacidos y las madres. La morbilidad perinatal y mortalidad se han incrementado y el riesgo para una mujer durante el embarazo, parto y puerperio ha aumentado al mismo tiempo.(32)

Utilización de Sulfato de Magnesio:

- Se comprobó que el riesgo de desarrollar eclampsia se redujo a más de la mitad con la utilización de sulfato de magnesio [riesgo relativo (RR): 0,41, intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,29 a 0,58; número necesario a tratar (NNT): 100, IC 95%: 50 a 100]. El riesgo de muerte no alcanzó una reducción significativa (46%) en mujeres asignadas a sulfato de magnesio (RR: 0,54, IC 95%: 0,26 a 1,10).

Rasurado perineal de rutina en la preparación del parto

- Menos cantidad de mujeres que no se habían rasurado presentaron colonización bacteriana gram negativa, en comparación con las mujeres que se habían rasurado (OR 0,43; IC del 95%: 0,20 a 0,92). (20).

Suplemento con hierro, folatos y micronutrientes.

- La administración periconcepcional de suplementos con folato redujo la incidencia de defectos del tubo neural (riesgo relativo 0,28; intervalo de confianza del 95%: 0,13 a 0,58). (21).
- Los suplementos con micronutrientes múltiples se asociaron con una disminución estadísticamente significativa en el número de recién nacidos con bajo peso al nacer (riesgo relativo [RR] 0,83; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,76 a 0,91), de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (RR 0,92; IC del 95%: 0,86 a 0,99) y en la anemia materna (RR 0,61; IC 0,52 a 0,71). (22).

Apoyo continuo para la mujer durante el trabajo de parto

- Las mujeres que ingieren diariamente suplementos de hierro durante el embarazo llegan al término con una concentración mayor de 7,53 g/L de hemoglobina que las mujeres que toman placebo o no toman suplementos de hierro (DMP 7,53; IC del 95%: 4,40 a 10,66) (23).
- Las mujeres que recibían apoyo continuo y personal durante el trabajo de parto tenían menos probabilidad de: recibir analgesia/anestesia (12 ensayos; n = 11 651; RR 0,89; IC del 95%: 0,82 a 0,96); tener un parto vaginal instrumental (15 ensayos; n = 13 357; RR 0,89; IC del 95%: 0,82 a 0,96); tener un parto por cesárea (16 ensayos; n = 13 391; RR 0,91; IC del 95%: 0,83 a 0,99); informar insatisfacción o clasificación negativa en relación con la experiencia de parto (seis ensayos; n = 9 824; RR 0,73; IC del 95%: 0,65 a 0,83). El apoyo continuo también se asoció con una duración algo menor del trabajo de parto (10 ensayos; n = 10 922; diferencia de medias ponderada -0,43 horas; IC del 95%: -0,83 a -0,04). (26).

La vacunación de mujeres en edad fértil contra el tétanos.

- La vacunación de mujeres en edad fértil contra el tétanos parece reducir la incidencia de tétanos en los recién nacidos. El empleo de la vacuna contra el tétanos el riesgo relativo (RR) fue 0,57 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,26 a 1,24) y la efectividad de la vacuna fue 43%. Con un ciclo de 2 o 3 dosis, el RR fue 0,02 (IC del 95%: 0,00 a 0,30); la efectividad de la vacuna fue del 98%. (27).

Episiotomía

- Los resultados sugieren que las tasas altas de episiotomía proporcionó protección de roturas obstétricas del esfínter anal. nivel individual, la episiotomía es un factor protector en las mujeres primíparas, pero aumentó el riesgo 2,4 veces mayor en las mujeres múltiparas. (34)
- Millones de las mujeres en todo el mundo son sometidas a sutura perineal después del parto y el tipo de reparación puede afectar el dolor y la curación. Las técnicas de sutura continua para el cierre perineal,

comparadas con los métodos interrumpidos, se asocian con menos dolor a corto plazo. Además, si se usa la técnica continua para todas las capas (vagina, músculos perineales y piel) comparada con la piel perineal solamente, la reducción del dolor es aun mayor. Las técnicas de sutura continua comparadas con las suturas interrumpidas para el cierre perineal (todas las capas o piel perineal solamente) se asocian con menos dolor hasta 10 días después del parto (riesgo relativo [RR] 0,70; intervalo de confianza del 95%: 0,64 a 0,76). Ciertas pruebas de reducción de la dispareunia que experimentan las participantes en los grupos con sutura continua de todas las capas (RR 0,83; IC del 95%: 0,70 a 0,98). (33).

4.7 Estándares de calidad

El Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/MSR) perteneciente a la OPS, publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP), constituido por instrumentos como la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el programa de captura y procesamiento local de datos y el partograma, entre otros.

Las utilidades del SIP son para planificar la atención, verificar e implantar las prácticas basada en evidencias, unificar la recolección de datos, facilitar la comunicación entre los diferentes niveles, obtener localmente estadísticas confiables, favorecer el cumplimiento de normas, facilitar la capacitación del personal de salud, registrar datos de interés legal, facilitar la auditoria, caracterizar a la población asistida, evaluar la calidad de la atención, realizar investigaciones epidemiológicas operacionales.

Para la garantía de un sistema de calidad de atención de salud materno-neonatal, se utilizarán como las principales herramientas a los indicadores, para la valoración de los estándares de calidad.

Para el correcto cumplimiento de los estándares de calidad, en cuanto a salud materno-neonatal, el Ministerio de Salud Pública recomienda el cumplimiento de los siguientes puntos: Definir estándares e indicadores de calidad, Recolección periódica de la información necesaria para construir los

indicadores por los equipos de mejora continua en las unidades. Presentación, análisis, retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas. (30)

Estándares e indicadores para la atención de salud materna y neonatal

Un estándar se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso. El MSP establece los siguientes estándares.

Estándares e indicadores para la atención neonatal.

Atención del recién nacido a término: Todo recién nacido a término se deberá realizar y registrar en la historia clínica las siguientes actividades: medidas antropométricas, APGAR, registró de realización o no de reanimación, examen físico, administración de vitamina K, profilaxis oftálmica bacteriana, apego y lactancia materna precoz.

Recién nacidos atendidos por profesional calificado: El 100% de recién nacidos en los hospitales básicos y generales serán atendidos por médicos u obstetras.

Complicaciones neonatales: Todo recién nacido con infección, trastornos respiratorios, prematuros, peso bajo se deberá manejar de acuerdo a la norma.

Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal: Se registrará todas las muertes de recién nacidos vivos ingresados y que murieron mientras estaban en el hospital hasta los 28 días de nacido.

Estándares e indicadores para la atención materna

Control prenatal: En toda mujer embarazada en su control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades: Antecedentes personales y obstétricos, Semanas de amenorrea, Determinación de la tensión arterial, Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas, Sangrado genital (SI APLICA), Actitud fetal (presentación posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación, Evaluación del estado nutricional, entre otros.

Atención del parto: En todos los partos atendidos se aplicará, registrará y graficará partograma, curva real de la dilatación cervical, descenso de la presentación, Control y registro de tensión arterial, actividad uterina, frecuencia

cardiaca fetal.

Atención post- parto: En todo post parto inmediato atendidos en las unidades operativas deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios durante las primeras 2 horas las se deberá: registrar la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina, características de los loquios.

Partos atendidos por personal profesional calificado: El 100% de los partos atendidos en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (médico/a u obstetra).

Complicaciones obstétricas: Toda paciente con eclampsia, pre eclampsia, hemorragias obstétricas, infección/fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis; amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas se deberá manejar de acuerdo a la norma.

Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas: la tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del Embarazo) no deberá superar el 1%. (28)

4.8 Gestión.

Proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otros individuos.

Implica por lo tanto un conjunto de trámites que se llevan a cabo apr concretar un proyecto o resolver un asunto

Gestor: Ejecuta exactamente lo que deciden otros. Es decir, sería un mero ejecutor y su acción se movería siempre en los cauces estrictos de unas normas no escritas por él.

El proceso de gestión más calidad

En el proceso tradicional de gestión se identifican las funciones de planificar, organizar y controlar que se vinculan entre sí mediante la función de liderar. La planificación determina qué resultados ha de lograr la organización; la organización especifica cómo se lograrán los resultados planificados, y el control comprueba si se han logrado o no los resultados previstos. (43)

Planificación Estratégica

Herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr su viabilidad.

Etapas de un Plan Estratégico

Hay dos aspectos claves a considerar para desarrollar un proceso de planificación estratégica:

Enfocar la planificación hacia los factores críticos que determinan el éxito o fracaso de una organización

Los factores críticos varían de una organización a otra y pueden ser tan diversos como el abastecimiento de materias primas o la cantidad de funcionarios en las horas de mayor demanda.

Diseñar un proceso de planificación que sea realista

Evaluar la experiencia y capacidad técnica que se tiene en planificación y eventualmente pedir asesoría; evaluar el tiempo disponible para realizar el proceso; como también la disposición y compromiso de directivos y funcionarios; y los posibles problemas políticos y organizacionales que pueden aparecer; etc. (44).

V MARCO REFERENCIAL

El *Hospital Aida León de Rodríguez Lara*, es una unidad de salud básica perteneciente al MSP. Tiene una cobertura de 13500 habitantes aproximadamente. Atiende las 24 horas al día los siete días de la semana. Cuenta con servicios de emergencia, admisión, labor de parto, quirófano, hospitalización, farmacia, laboratorio, rayos X, así como las especialidades de Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Cirugía y Odontología. Cuenta con un total de 23 camas de las cuales 4 pertenecen a Gineco-Obstetricia, y 2 a Sala de Labor, la asistencia diaria de pacientes al hospital es de un aproximado de 120.

Está Ubicado en la calle Leopoldo Peñaherrera en Girón, el cual es uno de los 15 cantones de la provincia del Azuay, al Suroccidente, en la vía Girón-Pasaje. Desde Cuenca, encerrado en Narancay -salida Sur de la ciudad- hasta el centro Cantonal hay 37 Km. Sus límites son: Al Norte: Por la Parroquia Baños, Victoria del Portete y Cumbe. Al Este: Por la Parroquia Jima y la jurisdicción de la Cabecera Cantonal de Nabón. Al Sur: Por las Parroquias de Nieves y El Progreso y la Parroquia Abdón Calderón (La Unión). Al Oeste: Por la jurisdicción de la Cabecera Cantonal San Fernando y la Parroquia Chumblín.

VI OBJETIVOS

6.1 Objetivo General:

- Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la calidad de atención en el Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón en el primer semestre del año 2010.

6.2 Objetivos Específicos:

- Determinar las diez primeras causas de morbilidad materna y neonatal en el Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón en el primer semestre del año 2010.
- Analizar el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según la normas de Ministerio de Salud Pública de la Atención Materna y Neonatal del Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón, que contemple: personal, infraestructura, equipos, medicamentos, insumos y satisfacción de las mujeres atendidas.
- Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de calidad de la atención materna y neonatal en el Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón.

VII DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo con base en el análisis del SIP y los estándares e indicadores de calidad del Ministerio de Salud Pública.

7.2 Área de Estudio

Servicio de Maternidad del Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón.

7.3 Universo de Estudio

El universo lo constituyeron las mujeres en etapa preparto, parto y puerperio del Servicio de Maternidad, así como niños y niñas menores de 28 días nacidos en el Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón. No se obtuvo con muestra ya que trabajó con todos los datos.

7.4 Procedimientos, técnicas e instrumentos

7.4.1 Autorización.- Para la investigación se recolectó la información necesaria y se analizó previa autorización de la Directora Dra. Claus Salcedo del Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón y la colaboración del personal de las áreas de neonatología, maternidad y estadística.

7.4.2 Instrumentos de la recolección de datos

- Historia Clínica Perinatal (Formulario 051) (Anexo 1), de acuerdo con las normas del MSP.
- Estándares e Indicadores de Calidad de la Atención Materno Neonatal del MSP.
- Base de Datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).
- Historias Clínicas, libro de egresos hospitalarios, libro de partos.

7.5 Operacionalización de las Variables

Las variables correspondientes a la atención materna y perinatal, fueron operativizadas y constan en las Normas del Ministerio de Salud Pública del Componente Normativo Materno y Neonatal; y las variables para evaluar la

Calidad de la Atención Materno – Neonatal constan en el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de Atención Materno-Neonatal.

7.5.1 Variables maternas (ver anexo 1 y 2)

Datos generales: Edad: < 15 años, >35 años, etnia: blanca, indígena, mestiza, negra, otra, alfabeto: si, no, estudios: ninguno. Primaria, secundaria, universidad, estado civil: casada, unión estable, soltera, otro.

Antecedentes: Antecedentes familiares: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra condición médica grave.

Antecedentes personales: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra condición médica grave, cirugía genitourinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia.

Antecedentes Obstétricos: Gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos (viven), nacidos muertos, cesáreas, partos, embarazo ectópico, embarazos gemelares, embarazo planeado, fracaso de método anticonceptivo (no usaba, barrera, DIU, hormonal, emergencia, natural).

Gestación actual: Fumadora activa/ pasiva, drogas, alcohol, violencia, anti rubéola (previa, no sabe, embarazo, no), antitetánica (vigente, dosis), Examen normal (odontológico, mamas, cervix), Grupo sanguíneo(Rh: positivo, negativo), y Globulina anti D, toxoplasmosis: si, no, no sabe (< 20 semanas IgG, ≥20 semanas IgG, 1 consulta IgM), VIH: solicitado, realizado (< 20 semanas, ≥ 20 semanas), hemoglobina < 11 g/d (< 20 semanas, ≥ 20 semanas), hierro/folatos indicados (si, no), Sífilis- diagnóstico: prueba treponémica, no treponémica (< 20 semanas, ≥ 20 semanas), sífilis tratamiento: personal y de pareja (no, si, s/d, n/c), estreptococo B 35-37 semanas (+, - , no se hizo), Chagas (positivo, negativo, no se hizo), malaria (+, - , no se hizo), bacteriuria < 20 semanas, ≥ 20 semanas (normal, anormal, no se hizo), glucemia en ayunas ≥ 105 mg/dl (< 20 semanas, ≥ 30 semanas), preparación para el parto (si, no), consejería lactancia materna (si, no).

Parto/Aborto: Carné (si, no), total de consultas prenatales, hospitalización en embarazo (no, si –días), corticoides antenatales (completo, incompleto, ninguno, n/c), inicio (espontaneo, inducido, cesárea electiva), rotura de

membranas ante parto (no, si), edad gestacional al parto (por FUM, por Eco), presentación-situación (cefálica, pelviana, transversa), tamaño fetal acorde (si, no), acompañante TDP-P (pareja, familiar, otro, ninguno).

Enfermedades: Ninguna, 1 o mas (HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes I- II- III, infección ovular, infección urinaria, ameniza parto pre término, RCIU, rotura prematura de membranas, anemia, otra condición grave, hemorragia 1-2-3 trimestre, hemorragia postparto, infección puerperal).

Egreso Materno: Viva, traslado fallece, fallece durante o en lugar de traslado (si, no).

7.5.2 Variables neonatales (ver anexo 1, 2 y 3)

Características físicas del Recién Nacido: edad < 37, 37 a 41, > 41 semanas. Sexo Masculino, Femenino, No definido. Peso: Adecuado, Pequeño, Grande. Estado general: APGAR asfixia severa, moderada, normal.

Condición al nacer: vivo, muerto.

Atención: Médico, Enfermera u Obstetriz, Auxiliar de enfermería, Estudiante o Empírica u otra persona.

Diagnóstico de laboratorio: pH: Normal, Alto, Bajo. Glicemia: Normal, hiperglucemia, Hipoglucemia. Cultivo: tipo de germen.

Tamizaje neonatal normal: VDRL: si, no, no se hizo. TSH: si, no, no se hizo. Bilirrubina: si, no, no se hizo. Toxoplasmosis: si, no, no se hizo.

Meconio: si, no.

Defectos congénitos: No, Menor, Mayor (Código CIE1)

Patologías: No, Código CIE10

Reanimación: Oxígeno: si, no. Máscara: si, no. Tubo: si, no. Masaje: si, no.

Adrenalina: si, no

Egreso del RN: Vivo, Fallece, Traslado

Alimento al alta: Lactancia exclusiva, Lactancia Parcial, Artificial.

Boca arriba: si, no. **Vacuna**

BCG: si, no.

7.5.3 Estándares e Indicadores para la Atención de la Salud Materna y Neonatal (ver anexo 4).

Un estándar es una declaración de la calidad esperada. El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores, que son herramientas de análisis cuantitativo de los niveles alcanzados en la calidad.

1. Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a.
2. Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma.
- 3A. Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma, en los que se grafico correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical real de la paciente, y además se registró el descenso de la presentación, se controló y registró la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardiaca fetal.
- 3B. Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma.
4. Porcentaje de partos vaginales atendidos en las Unidades de Salud en los que se administró a la parturienta 10 UI. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer período del parto y se registró en la historia clínica perinatal.
5. Porcentaje de post partos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma.
6. Porcentaje de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de la Norma.
- 7A. Porcentaje de partos atendidos por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz).

- 7B.** Porcentaje de recién nacidos/as atendidos/as por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz).
- 8A.** Porcentaje de pacientes con Preeclampsia y Eclampsia que fueron manejadas acuerdo a la norma
- 8B.** Porcentaje de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma.
- 8C.** Porcentaje de pacientes con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis que fueron manejadas de acuerdo a la norma.
- 8D.** Porcentaje de amenaza de Partos Pretérmino en los que se administró a la madre corticoides y se registró en la historia clínica perinatal/ Historia Clínica única, la inducción de maduración fetal pulmonar.
- 8E.** Porcentaje de amenaza de Partos Pretérmino en los que se administró a la madre Nifedipina como Útero inhibidor y se registró en la historia clínica perinatal/Historia Clínica única.
- 8F.** Porcentaje de Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas que fueron manejadas de acuerdo a la norma.
- 9A.** Porcentaje de Recién Nacidos/as con infección sistémica, que fueron manejados de acuerdo a la norma.
- 9B.** Porcentaje de Recién Nacidos/as con trastornos respiratorios, que fueron manejados de acuerdo a la norma.
- 9C.** Porcentaje de Recién Nacidos/as con prematurez y/o peso bajo, que fueron manejados de acuerdo a la norma.
- 10.** Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas.
- 11.** Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.
- 12.** Porcentaje de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades del Área de Salud, de las esperadas.
- 13.** Porcentaje de muertes maternas ocurridas en el Área de Salud que tienen un proceso de investigación epidemiológica. (28)

7.6 Como se procedió a recolectar los datos

7.6.1 Recolección de la información.- Se realizó mediante el SIP del Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón para obtener las Historias Clínicas Perinatales (Formulario 051) del primer semestre del año 2010. Realizamos

una revisión bibliográfica que nos permita obtener la información correspondiente de la prevalencia de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, causas, factores de riesgo.

7.6.2 Recolección de datos.-La recolección de datos fue en base a las historias clínicas obtenidas mediante la Historia Clínica Perinatal (Formulario 051) en el área de estadísticas del Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón en el primer semestre del 2010 que fueron llenados por los internos de ginecología, los médicos residentes y la realización de los estándares e indicadores de calidad estuvo a cargo del Dr. Wilson Washco.

7.7 Aspectos éticos

En este trabajo de investigación la obtención de la información se realizó a través de la Historia Clínica Perinatal (Formulario 051), para lo cual se elaboró un oficio a la Directora Dra. Claus Salcedo del Hospital Aida de León Rodríguez Lara. Se garantizó la confidencialidad de la información.

7.8 Plan de tabulación y análisis

Luego de recolectar los datos se efectuó el recuento, revisión y corrección de los mismos para luego ingresarlos en una base de datos donde se hizo el análisis estadístico con el programa Excel. El análisis e interpretación de los datos se realizó mediante tablas. Se identificó la frecuencia y porcentaje de morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal, los factores de riesgo asociados, calidad de la atención y cumplimiento de las normas según la OMS.

VIII RESULTADOS

Observaciones: todas las tablas están realizadas en base de las 117 fichas (N=117).

8.1 Causas de morbilidad materna

Tabla Nº 1
Distribución de 117 mujeres atendidas por parto en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Diciembre 2010. Según principales causas de morbilidad. Cuenca – 2011.

Código CIE -10	Orden	Enfermedad	Nº	%	Total
	1	Distocias	36	33.64	36
O62		Hipodinamia uterina	20	55.56	
O64.1		Presentación pelviana	10	27.78	
O65.4		Desproporción cefalopélvica	4	11.11	
O66.9		Partes Blandas	1	2.78	
O65.1		Estrechez pélvica	1	2.78	
	2	Aborto	15	14.02	15
O03.4		Incompleto	7	46.67	
O02.1		Diferido	6	40.00	
O03		En curso	2	13.33	
O42	3	RPM	11	10.28	11
O23.0	4	Pielonefritis	11	10.28	11
O23.5	5	Vaginosis	10	9.35	10
O23	6	Infección de Vías Urinarias	8	7.48	8
O47.0	7	Amenaza de Parto Pretérmino	5	4.67	5
O.44	8	Placenta previa	4	3.74	4
O20.0	9	Amenaza de Aborto	4	3.74	4
O02	10	Embarazo Anembrionario	3	2.80	3
Total:				100	107

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras

La causa más representativa y responsable de enfermedad materna en conjunto son las distocias siendo un tercio de los casos, como segunda causa se encontró el aborto, en tercer y cuarto lugar respectivamente estuvieron la rotura prematura de membranas y la pielonefritis, en quinto lugar la vaginosis, el sexto lugar estuvo ocupado por la infección de vías urinarias, la amenaza de parto pretérmino estuvo en el séptimo puesto, el octavo y noveno por placenta

previa y amenaza de aborto, finalmente el embarazo anembrionario con un 2,8%. (Tabla N° 1.)

8.2 Causas de morbilidad neonatal

Se muestra la codificación del CIE-10 Capítulo XVI, (P00-P96).

Tabla N° 2

Distribución de Recién Nacidos atendidos en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Áida León Rodríguez Lara, entre Enero-Diciembre 2010. Según Principales causas de Morbilidad Neonatal. Cuenca – 2011.

Código CIE-10	Orden	Enfermedad	Nº	%
P59	1	Hiperbilirubinemia	24	39.34
P01.1	2	Riesgo de Sepsis	10	16.39
P55.0	3	Incompatibilidad ABO	8	13.11
P70.4	4	Distrés Respiratorio	5	8.19
P22	5	RCIU	5	8.19
P08	7	Postmadurez	4	6.55
P05.2	6	Poliglobulia	2	3.27
P07.3	8	Prematurez	2	3.27
P61.1	9	Hipoglicemia	1	1.63
Total:			61	100

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras

Se logró reconocer 8 enfermedades principales en morbilidad neonatal de las cuales la más común es la hiperbilirrubinemia, el riesgo de sepsis ocupó el segundo lugar, en tercer lugar estuvo la incompatibilidad ABO, el distrés respiratorio cuarto y la restricción de crecimiento intrauterino quinto que tuvieron un mismo porcentaje, los recién nacidos con postmadurez ocuparon el séptimo lugar, la poliglobulia el octavo, mientras que la prematurez ocupó el penúltimo lugar y por último se encontró la hipoglucemia. (Tabla N° 2.)

8.3 Cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según la normas de Ministerio de Salud Pública de la Atención Materna y Neonatal

Tabla Nº 3

Distribución mujeres y recién nacidos atendidos en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Junio 2010. Según Estándares de Calidad de Atención. Cuenca – 2011.

Proceso	Estándar	Indicador	%
Estándar de entrada para la AM y RN	1	% Insumos esenciales atención Materna y RN	91
C. P	2	Control prenatal atendido según norma	82
Atención del Parto	3A	% Partos con partograma graficado y con control	88
	3B	% partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma	88
	4	% Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período)	100
P-P	5	% de post partos con control según la norma	98
R.N	6	% de RN en los que se realizó actividades de la norma	100
Atención Profesional	7A	% partos atendidos por médico/a u obstetriz	100
	7B	% de RN atendidos por médico/a u obstetriz	94
Complicaciones Obstétricas	8A	% de pacientes con preeclampsia, eclampsia manejada según la norma	100
	8B	% de Hemorragias Obstétricas manejadas según la norma	100
	8D	% Partos Pretérmino con Corticoides prenatales	100
	8E	% Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor	100
	8F	% Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas, manejadas de acuerdo a norma	75
Complicaciones Neonatales	9A	% RN con infección, manejados de acuerdo a la norma	0
	9B	% RN con Trastornos Respiratorios, manejados de acuerdo a la norma	0

Estándares e indicadores de Salida	11	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal	0
	12	% de complicaciones obstétricas atendidas, de las esperadas	9

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras

En cuanto a la atención materna y del recién nacido se posee en su mayoría con todos los insumos necesarios para la atención en los meses analizados.

La aplicación de las normas establecidas por el ministerio en lo referente a control prenatal durante cada mes del primer trimestre del 2010 se cumple al igual que en abril es su mayoría, mientras que en el mes de junio se observa una deficiencia de la aplicación de las mismas.

En la atención del parto: la graficación del partograma y con control durante los seis meses se ha cumplido en su mayoría; así mismo cuando se tuvo que tomar decisiones frente a desviaciones de la curva de partograma se cumplió de manera satisfactoria; por último los casos donde se debió usar oxitocina se hizo de la forma más eficaz.

La atención del posparto con control según norma fue muy adecuada.

Las actividades de norma realizadas en los RN también fue la más eficiente.

Excepto en febrero donde hubo una atención deficiente al RN por los profesionales, el cuidado por parte de estos en el parto fue satisfactorio.

En relación a las complicaciones obstétricas cuando estas se presentaron se manejaron de manera optima (según norma), excepto en mayo donde la atención de rotura de membranas fue deficiente.

Las complicaciones neonatales que se presentaron (que fueron muy escasas) se manejaron de una forma muy inapropiada.

Los estándares e indicadores de salida se pudieron evaluar solamente en lo referente a las complicaciones obstétricas atendidas, donde se encontró una incorrecta atención de los mismos.

(Tabla N° 10. Ver anexo 4.)

8.4 Tabla Base

Se elaboró una tabla base tomando en cuenta las variables sociodemográficas para observar la distribución de frecuencias y porcentajes.

Tabla Nº 4
Distribución de 117 mujeres atendidas por parto en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Junio 2010. Según Variables demográficas. Cuenca – 2011.

VARIABLE	INDICADOR	N	%
ALFABETA	Si	117	100
EDAD	< de 15	0	0
	15-19	38	32,48
	20-34	73	62,39
	> de 34	6	5,13
ESTADO CIVIL	Casada	46	39,32
	Unión estable	45	38,46
	Soltera	26	22,22
ESTUDIOS	Primaria	79	67,52
	Secundaria	31	26,50
	Universidad	7	5,98
VIVE SOLA	Si	4	3,42
	No	113	96,58

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras

El total de las mujeres eran alfabetizadas.

En orden de porcentaje de mayor a menor se encontró que la mayoría se encontraban en edades entre 20 y 34, luego estaban las edades entre 15 y 19 un bajo porcentaje tenían edades mayores a 34 años. No se encontró pacientes con edades menores de 15 años.

6 De cada 10 mujeres contaban con estudios superiores, la mayoría tenían estudios básicos, en tanto que la población de bachilleres fue de 31 (26,5%).

Alrededor de 4 de cada 10 mujeres eran casadas, un número considerable (45) vivían en unión estable y solo 2 de cada 10 eran solteras.

La gran mayoría o sea un 96,58% no vivía sola. (*Tabla Nº 4.*)

8.4.1 Antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos

Tabla Nº 5

Distribución de 117 mujeres atendidas por parto en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Junio 2010. Según antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos. Cuenca – 2011.

ANTECEDENTE	INDICADOR	N	%
FAMILIAR	TBC	0	0
	Diabetes	0	0
	HTA	1	0,85
	Preeclampsia	0	0
	Eclampsia	0	0
	Otras	0	0
PERSONAL	TBC	0	0
	Diabetes	0	0
	HTA	1	0,85
	Preeclampsia	1	0,85
	Eclampsia	0	0
	Cirugía genitourinaria	0	0
	Infertilidad	0	0
	Cardiopatía	0	0
	Nefropatía	0	0
	Violencia	0	0
OBSTÉTRICO	Otras	0	0
	Multigestas	65	55,56
	Embarazo ectópico	0	0
	Embarazo gemelar	1	0,85
	Abortos	4	3,42
	Cesáreas	4	3,42
	Partos	109	93,16
	Nacidos vivos	113	96,58
	Nacidos muertos	4	3,42
	Antes de 1 sem	4	3,42
	Después de 1 sem	0	0
	Embarazo planeado	54	46,15
	No usaba	114	97,44
	Barrera	0	0
FRACASO DE ANTICONCEPCIÓN	DIU	0	0
	Emergencia	0	0
	Hormonal	2	1,71
	Natural	1	0,85

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras

Se encontró que solamente la hipertensión arterial estuvo presente como antecedente familiar y ésta más preeclampsia como antecedentes personales con muy bajos porcentajes. No se presentaron antecedentes patológicos de TBC, diabetes, eclampsia, cirugía genitourinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia u otras.

En cuanto a los antecedentes obstétricos: en primer lugar se encontró que más de la mitad eran multigestas. Hubo un solo caso de antecedente de embarazo gemelar; las cesáreas y abortos compartían un mismo porcentaje (3,42%), alrededor de 9 de cada 10 había tenido ya partos, además se presentó un igual número de abortos y de nacidos muertos que corresponde al antecedente de niños muertos a la primera semana de vida. Los embarazos planeados representaban menos de la mitad de los casos.

Teniendo en cuenta que el 97,44% no usaba ningún método anticonceptivo, el 1,71% tuvo antecedente de fracaso de método hormonal y solo el 0,85% de fracaso del método natural. (Tabla Nº 5.)

8.4.2 Gestación actual

Tabla Nº 6
Distribución de 117 mujeres atendidas por parto en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Junio 2010. Según datos de gestación actual. Cuenca – 2011.

VARIABLE	N	%
Fumadora activa		
1 trimestre	0	0
2 trimestre	0	0
3 trimestre	0	0
Fumadora pasiva		
1 trimestre	1	0,85
2 trimestre	1	0,85
3 trimestre	1	0,85
Drogas		
1 trimestre	0	0
2 trimestre	0	0
3 trimestre	0	0
Alcohol		
1 trimestre	1	0,85
2 trimestre	0	0
3 trimestre	0	0
Violencia		

1 trimestre	0	0
2 trimestre	0	0
3 trimestre	0	0
Antirubeola		
Previa	6	5,13
Si	1	0,85
No	110	94,02
Antitetánica	72	61,54
Ex odontológico normal	81	69,23
Ex mamas normal	98	83,76
Cérvix COLP		
Normal	9	7,69
No se hizo	108	92,31
Cérvix PAP		
normal	12	10,26
No se hizo	105	89,74
Factor Rh +	117	100
Inmunización	0	0
Ig anti D		
No corresponde	117	100
Toxoplasma menor 20 sem		
Negativo	2	1,71
No se hizo	115	98,29
Toxoplasma \geq 20 sem		
Positivo	1	0,85
Negativo	1	0,85
No se hizo	115	98,29
Chagas		
Negativo	1	0,85
No se hizo	116	99,15
Paludismo/malaria		
Negativo	1	0,85
No se hizo	116	99,15
Bacteriuria < 20 sem		
Anormal	13	11,11
No se hizo	79	67,52
Bacteriuria \geq 20 sem		
Anormal	12	10,26
No se hizo	87	74,36
VIH < 20 sem		
Solicitado	62	52,99
Realizado	54	46,15
VIH \geq sem		
Solicitado	48	41,03
Realizado	44	37,61
Hierro indicado	92	78,63
Folatos indicado	72	61,54
Estreptococo B		
Negativo	4	3,42

No se hizo	113	96,58
Preparación parto	101	86,32
Consejería de lactancia	102	87,18
P. sífilis no treponémica < 20 sem		
Negativo	43	36,75
Se desconoce	74	63,25
P. sífilis no treponémica ≥ 20 sem		
Negativo	82	70,09
Se desconoce	35	29,91
P. sífilis treponémica < 20 sem		
Negativo	12	10,26
Se desconoce	30	25,64
No corresponde	75	64,10
P. sífilis treponémica ≥ 20 sem		
Negativo	11	9,40
Se desconoce	31	26,50
No corresponde	75	64,10

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras

No se encontró datos de mujeres fumadoras activas, que usen drogas, ni víctimas de violencia. Se reportó un caso en cada uno de los trimestres del periodo gestacional de fumadoras pasivas y un caso de consumo de alcohol en el primer trimestre del embarazo.

En cuanto a la administración de vacunas, la antirubeola se administró en solo una paciente, no se usó en la gran mayoría y el 5,13% tenía ya administrada antes del embarazo. La antitetánica se administró en 6 de cada 10.

Los exámenes normales tanto odontológico como de mamas tuvieron una alta frecuencia (7 de cada 10 y 8 de cada 10 respectivamente).

La valoración de cérvix de colposcopia y de Papanicolaou no se realizaron en un buen porcentaje, sin embargo las que si se realizaron se obtuvieron resultados satisfactorios.

El total de mujeres tenían sangre con factor Rh + por esto no se dio casos de inmunización y consecuentemente no se precisó el uso de la Ig anti D.

Dentro de las pruebas de tamizaje para toxoplasma, estreptococo B, Chagas y paludismo/malaria se encontró que en gran medida (96%-99%) no se realizaron. En el caso de toxoplasmosis solo se reportó un caso con resultado positivo en tanto que en estreptococo B, Chagas y paludismo/malaria no se hallaron mujeres que las padezcan.

Así mismo el examen para evidenciar bacteriuria no se llevó a cabo en un 67 a 74% a pesar que esta se presentó en un 11%.

La prueba para VIH se solicitó en casi la totalidad (99%) de las pacientes sin embargo no todas se realizaron (78%).

En cuanto a la prueba para sífilis no treponémica en promedio de 54% resultó negativa mientras la diferencia era desconocida. En cambio en la prueba para sífilis treponémica 1 de cada 10 era negativo, alrededor de un cuarto tenía resultados desconocido y la diferencia no correspondía hacer.

Alrededor de 8 de cada 10 si recibieron preparación para el parto, consejería de lactancia y hierro así como folatos. (*Tabla Nº 6.*)

8.4.3 Parto

Tabla Nº 7

Distribución de 117 mujeres atendidas por parto en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Junio 2010. Según datos de parto. Cuenca – 2011.

VARIABLE	N	%
Carné	76	64,96
Consultas prenatales		
< 2	41	35,04
2 a 4	35	29,91
5 a 9	41	35,04
Hosp. en embarazo	7	5,98
Cort. antenatales	4	3,42
Inicio		
Parto espontaneo	103	88,03
Parto inducido	14	11,97
Cesárea	0	0
Uso de oxitócicos		
Prealumbramiento	15	12,82
Postalumbramiento	114	97,44
En TDP	14	11,97
EG al parto		
Pretérmino	2	1,71
Término	111	94,87
Postérmino	4	3,42
EG por ECO	4	3,42
EG por FUM	113	96,58
Presentación/situación		
Cefálica	114	97,44
Pelviana	3	2,56
Acompañante en parto		
Pareja	2	1,71
Familiar	3	2,56
Ninguno	112	95,73
Acompañante en TDP		

Pareja	57	48,72
Familiar	47	40,17
Ninguno	13	11,11
Enfermedades		
HTA previa	0	0
HTA inducida	0	0
Preeclampsia	1	0,85
Cardiopatía	0	0
Nefropatía	0	0
Diabetes	0	0
Infección ovular	0	0
ITU	18	15,38
APP	4	3,42
RCIU	1	0,85
RPM	10	8,55
Anemia	0	0
Otra	13	11,11
Hemorragia		
1 trimestre	0	0
2 trimestre	0	0
3 trimestre	0	0
Postparto	1	0,85
Infección puerperal	0	0
Embarazo múltiple	2	1,71
Terminación		
Vaginal espontanea	108	92,31
Cesárea	9	7,69
Posición acostada	117	100
Episiotomía	42	35,9
Desgarro		
No	79	67,52
G 1	34	29,06
G 2	4	3,42
G 3	0	0
G 4	0	0
Placenta		
Completa	105	89,74
Retenida	12	10,26
LPC	11	9,4
Medicación recibida		
Antibióticos	7	5,98
Analgesia	4	3,42
Anestesia local	3	2,56
Anestesia regional	10	8,55
Anestesia general	1	0,85

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal
Elaboración: las autoras

En términos generales: 6 de cada 10 pacientes portaban carné; tan solo hubo un caso de hemorragia sangrado el mismo que fue postparto; no se presentó infección puerperal; el embarazo múltiple tuvo una frecuencia de 2 casos; la gran mayoría terminó la gestación vía vaginal espontánea; la totalidad de los partos fueron atendidos en posición acostada; la episiotomía: fue realizada en 3 de cada 10; en la misma frecuencia se presentó el desgarro así como el uso de corticoides antenatales; la ligadura precoz de cordón y la presentación de placenta retenida ocurrió en promedio de 1 de cada 10; la gran mayoría de los fetos estuvieron en presentación cefálica; 7 de cada 10 tenían un número de consultas prenatales óptimos o sea mas de 4; un mínimo porcentaje de mujeres fueron hospitalizadas durante la gestación.

Hubo una gran diferencia entre los acompañantes entre el parto y el trabajo de este ya que en el primer caso fue un familiar y en el segundo caso su pareja.

En cuanto a la edad gestacional, se presentaron 2 casos de prematuros y el doble de postmaduros. Más del 90% fue referida por fecha de última de menstruación.

Alrededor de 9 de cada 10 tuvieron un trabajo de parto espontáneo en tanto que en la diferencia se uso oxitócicos, no hubo cesáreas que hubieran sido planificadas pero si un 7,69% que debieron terminar por esta vía.

Las infecciones de tracto urinario fueron las de mayor frecuencia. La cardiopatía, nefropatía, diabetes, infección ovular y la anemia no estuvieron presentes, la preeclampsia y la restricción de crecimiento intrauterino tuvieron 1 caso respectivamente, la amenaza de parto prematuro estuvo presente en un 3,42%, condiciones diferentes en un 8,55% y alrededor de 1 de cada 10 sufrieron rotura prematura de membranas.

Los antibióticos, analgésicos, anestésicos locales y regionales fueron usados en menos del 10% en tanto que la anestesia general en 0,85%. (*Tabla N° 7.*)

8.4.4 Egreso materno

Tabla Nº 8

Distribución de 117 mujeres atendidas por parto en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Junio 2010. Según egreso materno. Cuenca – 2011.

VARIABLE	INDICADOR	N	%
MATERNO	Viva	117	100
	Anticoncepción Consejería	116	99,15
	DIU post-evento	0	0
	DIU	1	0,85
	Barrera	1	0,85
	Hormonal	2	1,71
	Ligadura tubárica	8	6,84
	Natural	0	0
	Otro	7	5,98
	Ninguno	97	82,91

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras

El 100% de las pacientes egresaron vivas. Solo una paciente no recibió consejería anticonceptiva, sin embargo la mayoría no recibió ningún método, la ligadura tubárica fue la de mayor aceptación seguida de un método alternativo (otro), la anticoncepción hormonal fue admitida en el 1,71% en tanto que el DIU y el método de barrera fueron aceptados en menor porcentaje, el DIU post-evento y el método natural no se aplicaron. (Ver tabla Nº 8.)

8.5. Neonato

Tabla Nº 9

Distribución de recién nacidos en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Junio 2010. Según datos de recién nacido. Cuenca – 2011.

Variable	N	%
Sexo		
Masculino	66	56,41
Femenino	51	43,59
Peso		
Pequeño	4	3,42
Adecuado	109	93,16
Grande	4	3,42
PC		
Microcefalia	1	0,85
Normocefalia	114	97,44
Macrocefalia	2	1,71
Talla		
Microsómico	1	0,85
Adecuado	110	94,02
Macrosómico	6	5,13
EG RN		
Pretérmino	1	0,85
Término	112	95,73
Postérmino	4	3,42
APGAR 1 min		
Asfixia grave	0	0
Asfixia moderada	2	1,71
Normal	115	98,29
APGAR 5 min		
Asfixia grave	0	0
Asfixia moderada	1	0,85
Normal	116	99,15
Reanimación		
Estimulación	7	5,98
Aspiración	6	5,13
Máscara	2	1,71
Oxígeno	2	1,71
Masaje	1	0,85
Tubo	0	0
Fallece	0	0
Atendió parto		
Médico	115	98,29
Estudiante	2	1,71
Atendió neonato		

Médico	110	94,02
Estudiante	7	5,98
Defectos congénitos	0	0
Enfermedades		
1 o mas	22	18,8
Ninguno	95	81,2
VDRL		
Positivo	1	0,85
No se hizo	116	99,15
TSH		
No se hizo	117	100
Hb-patía		
Negativo	1	0,85
No se hizo	116	99,15
Hiperbilirrubinemia		
Positivo	11	9,4
Negativo	8	6,84
No se hizo	98	83,76
IgM toxoplasma		
No se hizo	117	100
Meconio 1 día	114	97,44

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras.

En términos generales: mas de la mitad de los recién nacidos fueron varones. Ningún niño nació con defectos congénitos, presentó hemoglobinopatías ni resultó muerto. 2 de cada 10 tuvieron 1 o mas enfermedades al nacimiento. Alrededor de 1 de cada 10 mostraron hiperbilirrubinemia. Prácticamente en la totalidad se observó eliminación de meconio al primer día. En promedio el 96% de partos así como de neonatos fueron atendidos por el médico.

En relación a las medidas antropométricas hubo mucha concordancia entre recién nacidos pequeños, microcefalia y talla baja, y así respectivamente para los de peso adecuado y para los grandes. Así mismo se evidenció coherencia con los resultados de edad gestacional: pretérmino, a término y postérmino. Notándose que la gran mayoría estaban dentro de los rangos de normalidad. En cuanto al APGAR se descubrió un caso de asfixia grave y el doble de moderada. La estimulación fue la principal maniobra de reanimación, luego la aspiración, la máscara y el oxígeno se usó en igual porcentaje, el masaje en el 0,85%, no se usó el tubo endotraqueal. La prueba VDRL resultó positiva en el

0,85% aunque en el resto no se realizó. La respectiva para TSH e IgM para toxoplasma no se realizaron en ningún caso. (Tabla N° 9.)

8.5.1 Egreso neonatal

Tabla N° 10

Distribución de recién nacidos atendidos en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Aída León Rodríguez Lara, entre Enero-Junio 2010. Según datos de egreso de recién nacido. Cuenca – 2011.

VARIABLE	INDICADOR	N	%
RECIEN NACIDO	Vivo	117	100
	Lactancia exclusiva	117	100
	Boca arriba	117	100
	BCG	63	53,85

Fuente: Base de datos Sistema Informático Perinatal

Elaboración: las autoras

El total de neonatos egresaron de la unidad de salud vivos, estuvieron boca arriba y con alimentación de lactancia exclusiva. Apenas la mitad recibieron la vacuna BCG. (Tabla N° 10.)

8.6. Propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de calidad de la atención materna y neonatal.

Los datos que se obtienen al ingreso, en el proceso de control prenatal de la embarazada así como dentro del parto y después de este, los indicadores y predictores de la salud materna y neonatal, es importante recolectarlos de manera adecuada y completa. Entonces para lograr satisfactoriamente esto, se propone: Asesorar a los responsables para la correcta recolección de los datos. Controlar el llenado de los formularios haciendo revisiones diarias. Además, para mejorar la atención es indispensable revisar que se cumplan tareas previas así como acciones gestionales. Considerar estudios encaminados a indagar sobre satisfacción y buen trato hacia los beneficiarios finales (madres y neonatos). Para una adecuada dirección del proceso de desarrollo de la creatividad, se requiere del



correspondiente planteamiento estratégico, o sea adaptar los recursos y habilidades de la organización al entorno, aprovechando oportunidades y evaluando riesgos en función de objetivos y metas. El mejoramiento se debe de realizar en equipo, asumiendo los objetivos y sus actividades desde una perspectiva multidisciplinaria, ya que es un conjunto de personas que asumen un trabajo compartido y unos objetivos comunes. Además priorizar los problemas e identificar y planificar de las actividades, así como en la toma de decisiones, como parte fundamental de la autorresponsabilidad del personal de salud.

IX DISCUSIÓN

Tomando en cuenta los factores maternos de riesgo para morbilidad tanto materna y neonatal como: edad menor a 18 o mayor a 35 años, escolaridad deficiente, soltería (35) (36), el presente estudio encontró que un tercio tenían edades entre 15 y 19 y solo el 5,13% eran mayores a 34 años; la mayoría (67,52%) tenían estudios básicos; el 22,22% eran solteras. En el estudio de Soza F, los rangos de edad se evidencian porcentajes semejantes para menores de 20 años 31.5%, y para las mayores de 35 años 9.6%.

Las patologías peri-parto pueden ser desde leves a graves, generalmente las complicaciones obstétricas severas que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer requieren intervención médica urgente. En el presente estudio las enfermedades causantes de morbilidad materna fueron las distocias, aborto, rotura prematura de membranas, pielonefritis, vaginosis, infección de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, placenta previa, amenaza de aborto y embarazo anembrionario. Diversos estudios muestran con mayor frecuencia una morbilidad materna representada por preeclampsia, eclampsia, hemorragias masivas, infecciones. Con menor frecuencia el shock séptico, cardiopatía, síndrome de HELLP. (5) (12) (13) (14) (15)

En los antecedentes obstétricos más de la mitad eran multigestas y la mayoría había tenido ya partos. Soza F, en su estudio encontró que las primigesta rodean el 40% seguida por las multigesta 31% y el grupo de las gran multigesta fueron 27%.

En la presente investigación teniendo en cuenta que el 97,44% no usaba ningún método anticonceptivo, la diferencia refirió fracaso de uno de estos. El embarazo planeado estuvo presente en un 46,15%. Chang C, refiere que en el Ecuador en el 2008 el 43,6% de adolescentes casadas o unidas no utilizan métodos anticonceptivos. Así mismo el informe de la república de Honduras indica que en el año 2006 un 25,5% de los nacimientos ocurridos en

adolescentes fueron no deseados. La prevalencia de uso de anticoncepción es de 61,8% siendo menor en mujeres pobres, con bajo nivel educativo, en zona rural y que presentan uno o más factores de riesgo reproductivo.

La violencia doméstica puede ser de carácter físico, sexual, psicológico, moral y otras especialmente contra la mujer, de las cuales dolorosamente no excluye a las embarazadas y los niños. En este estudio no se encontró datos de mujeres fumadoras activas, que usen drogas, ni víctimas de violencia pero si 2 casos de fumadoras pasivas y una de consumo de alcohol. El 72% de los actos de violencia ocurren dentro del hogar. (38)

En el presente estudio 4 de cada 10 no tenían la vacuna antitetánica, en contraste a los datos del informe de la república de Argentina donde el 12,3% no la tenían.

La prueba de tamizaje para toxoplasma solo reportó un caso positivo. La incidencia de la transmisión congénita de Chagas de madres con serología positiva tiene un rango entre 2,6% a 10,4. (39)

La prueba para VIH se solicitó en el 99% sin embargo solo el 22% se realizaron. El SIDA en niños representa hoy el 7 % del total de casos en la Argentina y más del 90 % de ellos se infecta en el periodo perinatal. (39)

El examen para evidenciar bacteriuria no se llevó a cabo en un 67 a 74% a pesar que esta se presentó en un 11%. La bacteriuria asintomática ocurre en el 2% al 10% de los embarazos y, si no se trata, hasta el 30% de las madres desarrollarán pielonefritis aguda. (40)

La prueba para sífilis treponémica resultó negativa en 1 de cada 10, alrededor de un cuarto tenía resultados desconocido y la diferencia no correspondía hacer. Los datos del informe de Argentina reportan un VDRL (+) 1,4%, y el 8,8% carecían de esta prueba.

La administración de hierro y folatos tuvo amplia cobertura (80%). Entonces esto está de acuerdo con la literatura que indican estos para evitar la anemia gestacional y riesgo de bajo peso al nacer (hierro) y defectos de tubo neural (ácido fólico pre y peri-concepcional). (2) (38) (40)

No se reportó mujeres con factor Rh (-) por esto no se dio casos de inmunización y consecuentemente no se precisó el uso de la Ig anti D, siendo de muy buen proceder ya que en Argentina del 6,6% se desconocía grupo y factor.

La terminación del embarazo fisiológicamente es vía vaginal, en el presente estudio la gran mayoría fue de esta manera. La cesárea cuyo promedio esperado, según la OMS, no debería rebasar del 5-15% de todos los partos, tiende a incrementarse en la costa y la región insular, seguida por la sierra y la amazonia. (2)

Alrededor de 9 de cada 10 tuvieron un trabajo de parto espontaneo en tanto que la diferencia se tuvo que inducir, no hubo cesáreas que hubieran sido planificadas pero si un 7,69% que debieron terminar por esta vía. En la investigación de Soza F, el 51,6% habían sido ó conducida y 48,4% fueron partos espontáneos, 63,7% fue por cesárea y solamente el 36,3% fueron por vía vaginal. El CLAP sugiere inducción del parto luego de las 41 semanas. (40) Así mismo la gran mayoría de los fetos estuvieron en presentación cefálica. El CLAP indica cesárea electiva para presentación podálica como práctica beneficiosa. (40)

El control prenatal es un factor importante para la disminución de la morbilidad neonatal y materna. En el presente estudio 7 de cada 10 tenían un numero de consultas prenatales óptimos (mas de 4). El CLAP recomienda patrones de control prenatal rutinario para embarazos de bajo riesgo. (40). El informe de del Honduras el 62,6% de las mujeres tuvo al menos una atención prenatal, 25,4% por lo menos cinco. Así mismo en el informe de Argentina el promedio de controles fue de 4,8.

Los familiares predominaron como acompañantes en el parto mientras que en el trabajo de parto lo fue su pareja. El CLAP indica apoyo emocional y psicosocial durante el parto como buena práctica. (40)

Las enfermedades presentes en el parto son condicionantes de la salud de la madre y del neonato. En el presente estudio las infecciones de tracto urinario fueron las de mayor frecuencia, la cardiopatía, nefropatía, diabetes, infección ovular y la anemia no estuvieron presentes, la preeclampsia y la restricción de crecimiento intrauterino tuvieron un caso respectivamente, la amenaza de parto prematuro estuvo presente en un 3,42%, condiciones diferentes en un 8,55% y alrededor de 1 de cada 10 sufrieron rotura prematura de membranas. En relación a los mismos en el informe de Argentina del año 2006, se indican la

HTA previa 1,2% HTA inducida 3,4%, eclampsia 0,3%, cardiopatía 0,1%, diabetes 0,8%, ITU 4,8%, RCIU 1,3% y RPM 5,9%.

El uso de métodos anticonceptivos es considerado una estrategia relevante que influye positivamente en el comportamiento de la fecundidad, la prevención de embarazos no deseados y embarazos de alto riesgo, por lo tanto importante en la reducción de la mortalidad materna. En esta investigación la consejería de anticoncepción fue de 99,15%, el 82,91% no aceptó ningún método, la ligadura de tubércula 6,84%, método alternativo 5,98%, la anticoncepción hormonal 1,71%, el DIU y el método de barrera fueron aceptados en un 0,85%. En el informe del SIP de Argentina la anticoncepción fue referida en el 69,6% y solo un 5% recibió anticoncepción hormonal.

La Organización Mundial de Salud (OMS), define a la mortalidad neonatal como la muerte producida desde el momento del parto hasta los primeros 28 días de vida. (41). Este fenómeno no se presentó en la presente investigación.

En orden de frecuencia, en el presente trabajo la morbilidad neonatal estuvo representada por hiperbilirubinemia, el riesgo de sepsis, incompatibilidad ABO, distrés respiratorio, restricción de crecimiento intrauterino, prematurez, la poliglobulia, postmadurez e hipoglucemia. De la misma manera aunque en distinto orden en el año 2009 la principales causas de morbilidad en el Ecuador fueron trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, sepsis, neumonía congénita, dificultad respiratoria, hipoxia intrauterina, síndromes de aspiración neonatal, asfixia, malformaciones congénitas, hidrocefalo congénito, trastornos cardiovasculares originados en el periodo perinatal. (16). Además existen algunos antecedentes maternos que llevan a una mayor morbilidad como la desnutrición materna, la edad de la madre, múltipara, intervalo breve entre nacimientos, hemorragia durante el tercer trimestre y complicaciones de parto (trabajo de parto prolongado u obstruido). Otros factores que afectan la supervivencia de los recién nacidos son las infecciones maternas, como las de transmisión sexual (VIH/sida, la sífilis), infección de las vías urinarias y la malaria. Un bajo nivel educativo de la madre, un régimen alimentario deficiente, recursos limitados y un acceso inadecuado a los servicios de salud, una atención deficiente durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, así como pocas posibilidades para tomar sus propias decisiones. (17) (30)

En el presente estudio no se reportó muertes neonatales, en promedio el 96% de partos así como de neonatos fueron atendidos por el médico, siendo datos básicamente idénticos a los encontrados en el informe del SIP de Argentina donde el 94,5% de los nacimientos son asistidos por personal calificado y el 86% de los RN lo son por médicos, obstetras y enfermeras.

En relación a las mediadas antropométricas esta investigación encontró mucha concordancia entre recién nacidos pequeños, microcefalia y talla baja, y así respectivamente para los de peso adecuado y para los grandes. Así mismo se evidenció coherencia con los resultados de edad gestacional: pretérmino, a término y postérmino. Notándose que la gran mayoría estaban dentro de los rangos de normalidad. La OPS/OMS calcula que aproximadamente 9% de los recién nacidos en ALC tiene bajo peso al nacer el cual está estrechamente vinculado a una mayor morbilidad neonatal. (35) A mayor tiempo de gestación, mayor es el peso al nacer, para un 50% de niños con buen peso y tiempo de gestación a término. (42) Soza F, en su estudio encontró que el 86% tuvieron peso entre 2500 – 40000 gramos, los recién nacidos que tuvieron peso menor 2500 gramos 5,6% y los que pesaron más 4000 gramos 6,4 %, el 52,4% fueron de 42 semanas o más seguido por los recién nacidos el 41 semanas 40,3% y la menor incidencia fueron los 43 semanas 7,3%.

En cuanto al APGAR en el presente estudio se descubrió 1 caso de asfixia grave y el doble en la moderada. Riaza R, et al, en su trabajo encontró que el mayor porcentaje de niños que tuvieron morbilidad nacieron con buen APGAR. Soza F, en relación al APGAR al minuto y la vía de nacimiento encontró que el 83,2% fueron vigorosos en 9,7% tuvieron moderadamente deprimido y únicamente un 8% presentaron asfixia severa, en cuanto al APGAR a los cinco minutos encontró que 86,3% eran vigoroso y únicamente 12,1% presentaron asfixia moderadamente deprimido, con depresión severa 1,6%.

En esta investigación la estimulación fue la principal maniobra de reanimación, luego la aspiración, la máscara y el oxígeno se usó en igual porcentaje, el masaje en el 0,85%, no se usó el tubo endotraqueal. Smaill F, et al, halló factores como temperatura rectal < 36.5 ó $> 38.0^{\circ}\text{C}$, dificultad respiratoria, anomalías congénitas, teniendo como procedimientos a la ventilación con

ambú o masaje, drogas, procedimientos de reanimación sin presión positiva o masaje cardiaco.

En el presente estudio en todos los casos se indicó la lactancia exclusiva como alimentación, como lo propone el CLAP. (40)

En la mayoría de los países en desarrollo, el acceso a servicios de maternidad sin riesgos en áreas rurales es más limitado que en las áreas urbanas. Aproximadamente 4 de cada 10 personas en el país viven en áreas rurales. (2) En general, Ecuador tiene una evaluación de 50 en cuanto al acceso, con un promedio de 32 en el acceso rural y de 68 en el acceso urbano. (42)

En cuanto a la atención materna y del recién nacido se posee en su mayoría con todos los insumos necesarios para la atención en los meses analizados. En muchas unidades de salud es evidente que no se cuenta con personal competente las 24 horas, equipos e/o insumos necesarios. (2) En el informe del SIP de Argentina el menor promedio de cumplimiento (68,7%) se observó en el capítulo de recursos humanos. El 42% tiene problemas de organización y funcionamiento. (39)

La aplicación de las normas establecidas por el ministerio en lo referente a control prenatal se cumple durante cada mes del primer trimestre del 2010. En general a nivel nacional, la atención recibida tiene una evaluación de 68, la atención prenatal con 69. (42)

La atención del posparto con control según norma fue muy adecuada. El informe de Argentina indica que en ese país el 42% no cuenta con normas de control para Infecciones intrahospitalarias y bioseguridad así como graves deficiencias en el 1° nivel de atención con falta de programación local y fallas en la calidad de atención. (39)

En este trabajo las actividades de norma realizadas en los RN también fueron muy eficientes así como y con pequeñas excepciones, la atención al RN y el cuidado en el parto por parte de los profesionales, fue satisfactorio. Uno de los indicadores más importantes de mortalidad materna es la presencia de un asistente calificado durante el parto, lo cual recibió una evaluación de 52 en el Ecuador. En la mayoría de los países, los servicios neonatales reciben evaluaciones más altas que la atención del parto o la atención prenatal, y ése también fue el caso de Ecuador donde la atención neonatal recibió una evaluación media de 77 y en 59 en la atención del parto. (42)

Un elemento de importancia crucial que reduce la mortalidad materna es la atención obstétrica de emergencia. (42) En relación a las complicaciones obstétricas, en el presente estudio, cuando estas se presentaron se manejaron de manera optima (según norma), excepto en pocas ocasiones como en la atención de rotura de membranas. El informe del SIP de Argentina indica la no utilización de prácticas basadas en evidencias: sulfato de magnesio (eclampsia), corticoides en prematuros de menos de 35 semanas, etc., como deficiencias en este país. (39)

X CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1 Conclusiones

No se encontró casos de muerte materna ni neonatal.

En orden descendente las principales causas de morbilidad materna fueron: distocias, aborto, RPM, pielonefritis, vaginosis, infección de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, placenta previa, amenaza de aborto, embarazo anembrionario.

Las patologías implicadas en la morbilidad neonatal fueron: hiperbilirubinemia, riesgo de sepsis, incompatibilidad ABO, distrés respiratorio, RCIU, premadurez, postmadurez, poliglobulia, hipoglucemia.

En general, el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según la normas de Ministerio de Salud Pública de la atención materna y neonatal fue eficaz como satisfactoria, sin embargo existieron falencias como en el caso de la atención de las complicaciones obstétricas, manejo de rotura prematura de membranas y control prenatal; todas estas se presentaron solo en ciertos meses.

10.2 Recomendaciones

La reducción de la morbilidad materna neonatal tiene como objetivo coordinar los esfuerzos institucionales y sociales para ofrecer una respuesta integrada al problema, a través del presente trabajo de investigación podemos recomendar:

- Promocionar continuamente la importancia del control prenatal, para un adecuado desarrollo del embarazo.
- Coordinar con el personal de salud para el buen manejo y llenado del Historia Clínica Perinatal (Formulario 051), que permitirá obtener información veraz de la realidad de esta localidad.
- Promover las normas de Ministerio de Salud Pública de la Atención Materna y Neonatal que permitirían un manejo adecuado de las



diferentes patologías durante el embarazo, y por lo tanto una reducción de las mismas.

- Fomentar el desarrollo de programas de capacitación para los profesionales, con el objetivo de ampliar el conocimiento acerca normas de Ministerio de Salud Pública de la Atención Materna y Neonatal.
- Ampliar y mejorar la infraestructura para mejorar la calidad y aumentar la atención.

XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad Materna. 2006. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html
2. Ministerio de Salud Pública (MSP). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. 2008. Disponible en: <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/1.%20PlanNacionaldeReduccionAceleradadelMortalidadMaternayNeonatal.pdf>
3. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Salud Materna y Neonatal. 2009. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_USLetter_03112009.pdf.
4. Torres, W.et.al. Norma y Protocolo Neonatal. Quito Ecuador.2008.Pág 55
5. Family Health International (FHI) Prevención de la mortalidad materna. 2008. Disponible en: http://www.fhi.org/sp/RH/Programs/maternaldeat_rp.htm
6. Population reference Bureau (PRB). La brecha demográfica mundial aumenta. 2008. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2008/2008WPDSspa.aspx>
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Población total y tasas brutas de natalidad, mortalidad general, mortalidad, infantil y materna, según regiones y provincias de residencia habitual. Año 2008. Disponible en:http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
8. gSouza, P. et al. Cuasi eventos maternos y mortalidad materna en la encuesta mundial 2005 de la Organización Mundial de la Salud sobre salud materna perinata.2005. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/2/08-057828-ab/es/index.html>

9. Molina, X.et.al. NORMAS EN OBSTETRICIA. Cuenca Ecuador. 2008. Págs.: 8-14
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Principales causas de muerte materna. Ecuador 2008. Disponible en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
11. Pérez, F. Mortalidad materna en el siglo XXI. 2005. Disponible en: <http://www.unizar.es/gine/01mar.htm>
12. Osorno, B. et. al. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre Enero del 2003 y Mayo del 2006. 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342007000300003&script=sci_arttext
13. Romero, G. et al. Risk Factors of Maternal Death in Mexico. 2006. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118533578/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
14. Saeta, Y .et. al. Materna crítica durante el período 2004-2008. 2009 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin03409.pdf.
15. Chic, G. et. al. Mortalidad materna en el Instituto Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000200006&script=sci_arttext
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Principales causas de mortalidad infantil. Ecuador 2009 (Lista Internacional Detallada-CIE-10). 2009. Disponible en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
17. Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal en América Latina y el Caribe. 2007. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iaiepi28711.pdf>
18. Montenegro, F.et. al. programa mitigación, prevención y atención de emergencias y desastres. 2009. Disponible en: http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=64&Itemid=127

19. León, W. et. al. Componente Normativo Materno. Quito Ecuador. 2008. Pág. 20-41.
20. Schwarcz, R. et. al. Montevideo - Uruguay. 2005. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/htm/perin_sip.htm
21. Lumley, J. et. al. Suplementación periconcepcional con folatos y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural. 2008. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=2910&id=&lang=es&dblang=&lib=BCP>
22. Haider, B. et. al. Suplementos de micronutrientes múltiples para mujeres durante el embarazo. 2006. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=micronutrientes%20and%20en%20and%20embarazo&lang=es>
23. Pena, R. et. al. Efectos de la administración sistemática de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas. 2006. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=906&id=&lang=es&dblang=&lib=BCP>
24. Laopaiboon, M. et. al. El uso de prácticas basadas en la evidencia en el embarazo y el parto: Asia Sudoriental Optimización de salud reproductiva e infantil en los países de desarrollo del proyecto. 2008. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=906&id=&lang=es&dblang=&lib=BCP>
25. Kesterton, A. et. al. Atención Neonatal en Karnataka rural: Las prácticas saludables y nocivas, potencial de cambio. 2009. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=906&id=&lang=es&dblang=&lib=BCP>
26. Karolinski, A. et. al. Basada en la evidencia las prácticas de salud materna y perinatal en los hospitales públicos en la Argentina. 2009. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232607?tool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=9

27. Demicheli, V. et. al. Vacunas en mujeres para la prevención del tétanos neonatal. 2008. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=Vacunas%20and%20en%20and%20mujeres%20and%20embarazadas%20and%20para%20and%20prevencion%20and%20del%20and%20tetanos%20and%20neonatal&lang=es>
28. Ministerio de Salud Pública (MSP). Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de Atención materna-Neonatal. 2008. Disponible en: <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/5.%20Manual%20de%20Estandares.pdf>
29. Instituto Nacional de Estadísticas Censo (INEC). Tasas brutas de natalidad, mortalidad infantil y materna años 1984, 1986, 1991, 1995, 2001, 2006 y 2009. Año 2009. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal en América Latina y el Caribe. 2007. Disponible en : <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iaiepi28711.pdf>
31. Rozwoj, W. Can implementation of intensified perinatal survey be effective in improving the quality of perinatal care? .2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669598>
32. Andrejevic, A. et. al. Multiparity, perinatal morbidity and mortality. 2011. Disponible en :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21485732>
33. Kettle, C. et al. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado. 2007. Disponible en : <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=episiotomia&lang=es>
34. Räisänen, S. et. al. High episiotomy rate protects from obstetric anal sphincter ruptures: A birth register-study on delivery intervention policies in Finland. 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21444353>
35. Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal, Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y El Caribe, Guatemala 2007. Disponible en:

- <http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/LAC%20Strategy%20Sp.pdf>
36. Smaill F, Vázquez JC. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford. Citado el 30/03/2011. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000490>
37. Soza F, morbi-mortalidad perinatal en embarazos en vía de prolongación y prolongado de las pacientes del servicio de alto riesgo obstétrico. Hospital Bertha Calderón Roque, julio a diciembre del 2004. Managua, 2005. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/update/MORBI-MORTALIDAD%20PERINATAL%20EN%20%20EMBARAZOS.pdf
38. Gabinete Social Secretaría de Salud, Política Nacional de Salud Materno Infantil, República de Honduras, 2006. Disponible en: <http://www.bvs.hn/E/pdf/PoliticaSMI.pdf>
39. Ministerio de salud de la nación Sub-Secretaria de Salud Comunitaria, maternidad e infancia salud comunitaria, Argentina 2006. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/anexo-10-03-08.pdf>
40. CLAP. PRACTICAS BENEFICIOSAS 2006. Citado el 26/03/2011. Disponible en: <http://www.asagio.org/archivos/PRACTICAS%20BENEFICIOSAS%20-clap%2019%20DE%20FEB%202005%5B1%5D.pdf>
41. Rianza R, et al, comportamiento de la morbilidad neonatal en la Policlínica “Pedro del Toro Saad”. 2006. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no124/pdf/n124ori5.pdf>
42. Capacidad de servicio, MNPI Herramienta para la incidencia política en la salud materna, Índice de esfuerzo de programa materno y neonatal. Ecuador 2006. Disponible en: http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Ecuador_MNPI.pdf
43. Gestión y Administración. Disponible en: <http://www.gestionyadministracion.com/empresas/definicion-de-gestion.html>
44. Vanegas, S. Planificación Estratégica. Nicaragua. Disponible en: http://www.quality-consultant.com/gerentica/aportes/aporte_001.htm



I/ANEXOS

Anexo1 Formulario # 051

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar del control prenatal											
NOMBRE APELLIDO										dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel		casado unión estable soltera otro		Lugar del parto: parto normal, parto cesárea, parto instrumental													
DOMICILIO										EDAD (años)																					
LOCALIDAD										TELEF.																					
FAMILIARES PERSONALES										OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR									
no si TBC diabetes hipertensión preclampsia eclampsia otra cond. medica grave										no si genito-urinario infertilidad cardiopat. nefropatia violencia		ULTIMO PREVIO		3 abortos consecutivos		cesáreas		nacidos muertos		muertos		EMBARAZO PLANEADO		FRACASO METODO ANTICONCEP.							
GESTACION ACTUAL										EG CONFIABLE		RUMA ACT.		RUMA PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRRUBEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL					
PESO ANTERIOR TALLA (cm)										FUM Eco <20 s.		1° trim		2° trim		3° trim															
CERVA										TOXOPLASMOSIS		VIH		Hb <20 sem		Fe FOLATOS		Hb >20 sem		SIFILIS		Tto. de la panga									
no si normal normal no si										<20sem IgG >20sem IgG		<20 sem solo tado >20 sem real zado		<11.0 g/dl >11.0 g/dl		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si			
CHAGAS										GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCCO B		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA															
no si										<20 sem >20 sem		no si		no si		no si															
CONSULTAS ANTENATALES																															
FECHA DE INGRESO										CONSULTAS PRE-NATALES		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO espontáneo		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION SITUACION		TAMANO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE		TDP			
dia mes año										total		no si		completo incompl. ninguna		inducido		hora min		semanas días		cefalica pelviana transversa		si		pareja familiar otro ninguno					
CARNÉ										no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si			
TRABAJO DE PARTO																															
hora min posición de la madre										PA		pulso		contr. 10' dilatación		altura present.		variedad posic.		meconio		FCF/dips									
NACIMIENTO										VIVO		MUELTO		MULTIPLE		TERMINACION		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO													
ante parto parto										ignora momento		no si		espont. cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea			
POSICION PARTO										DESGARROS		OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA GORDON		MEDICACION													
no si acostada										Grado (1 a 4)		prelumb. postlumb.		completa retenida		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si	
DEFECTOS CONGENITOS																															
no si menor mayor																															
ENFERMEDADES																															
ninguna																															
EGRESO RN										vivo		fallece		traslado		fallece durante o en lugar de traslado		EDAD dias completos		ALIMENTO AL ALTA		Boca arriba		EGRESO MATERNO		traslado		lugar			
dia mes año hora min																				lact. excl. parcial artificial		no si		dia mes año							
Nombre Recién Nacido										Responsable																					
Nombre Recién Nacido										Responsable																					

Anexo 2 GLOSARIO

NOMBRE – APELLIDO.- Nombre y apellidos paterno y materno de la embarazada.

DOMICILIO – LOCALIDAD.- Residencia habitual de la embarazada.

TELÉFONO.- Número de teléfono del domicilio habitual o un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la familia.

FECHA DE NACIMIENTO.- Día, mes y año del nacimiento de la embarazada.

EDAD (años).- Cantidad de tiempo que ha pasado desde el nacimiento de la embarazada, hasta el presente.

ETNIA.- Población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, comprende los factores culturales (nacionalidad, afiliación tribal, religiosa, fe, lengua, o tradiciones) y biológicos de un grupo humano.

ALFABETA.- Aprendizaje del sistema lingüístico.

ESTUDIOS.- Estudios cursados en el sistema formal de educación.

AÑOS EN EL MAYOR NIVEL.- El año más alto que haya sido aprobado en los estudios cursados.

ESTADO CIVIL.- Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.

LUGAR DEL CONTROL PRENATAL.- Casa de salud donde se realizó el control prenatal.

LUGAR DEL PARTO.- Establecimiento en el que se asistió el parto.

NÚMERO DE IDENTIDAD.- Corresponde al número de identificación de la embarazada, de la historia clínica o del documento de identidad.

ANTECEDENTES FAMILIARES.- Hecho o circunstancia del pasado referente a patología de la pareja, padres o hermanos.

ANTECEDENTES PERSONALES.- Hechos o circunstancias del pasado referente a patologías propias de la embarazada.

GESTAS PREVIAS.- Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual.

PARTOS / VAGINALES – CESÁREAS.- Se refiere al número de partos.

ABORTOS.- Expulsión antes de las 22 semanas del producto de la gestación muerto o con un peso menor a 500 gramos.

NACIDOS VIVOS.- Si el recién nacido muestra cualquier signo de vida (respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios) después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

NACIDOS MUERTOS.- El recién nacido no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

VIVEN.- Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

MUERTOS 1ra SEMANA.- Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos).

MUERTOS DESPUÉS DE 1ra SEMANA.- Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más), no hay límite superior.

FIN EMBARAZO ANTERIOR.- Día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto.

EMBARAZO PLANEADO.- Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno.

FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL.- Fallo del método anticonceptivo.

PESO ANTERIOR.- Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual.

TALLA (cm).- Estatura en centímetros de la madre.

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM).- Día, mes y año de la última menstruación.

FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP).- Día, mes y año de calculada para el parto.

CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL (EG confiable por FUM, Eco<20s).- Evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECOGRAFÍA.

FUMADORA ACTIVA.- Se refiere a si la gestante está fumando al momento de la consulta.

FUMADORA PASIVA.- Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo.

DROGAS.- Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras.

ALCOHOL.- Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido.

VIOLENCIA.- Agresión física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación.

ANTIRUBÉOLA.- El estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal.

ANTITETÁNICA.- Registro del número y el intervalo entre dosis de la vacuna antitetánica.

EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE MAMAS.- Revisión de cavidad oral y mamas.

CERVIX.- Examen vaginal con espéculo, se registra en tres aspectos: Inspección Visual, Papanicolaou, Colposcopia.

GRUPO Rh.- Clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes o no en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre.

TOXOPLAMOSIS.- Enfermedad infecciosa ocasionada por un protozoo parásito que se llama *Toxoplasma gondii*.

INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH).- Certificación mediante una prueba de infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida.

PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb).- Análisis de laboratorio que registra la concentración de hemoglobina en la sangre.

Fe/FOLATOS Indicados.- Si hubo suplemento de hierro y folatos durante el embarazo.

VDRL/RPR SÍFILIS CONFIRMADA POR FTA.- Pruebas de detección de infección por sífilis.

CHAGAS.- Infección por tripanosoma cruzi.

PALUDISMO / MALARIA.- Infección por el parásito plasmodium.

BACTERIURIA.- Colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas.

GLUCEMIA EN AYUNAS.- Valor de la glucemia en sangre obtenida en ayunas.

ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas.- Infección por Estreptococo grupo B

PREPARACIÓN PARA EL PARTO.- Informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; preparar un plan de parto; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros.

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA.- Entrega reglada y oportuna de información sobre: beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial, formas de amamantar, los cambios en la leche materna después del parto y discutir las dudas y preguntas de la gestante.

CONSULTAS ANTENATALES.- Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad o mortalidad materna y perinatal.

PARTO – ABORTO.- Si la expulsión del producto fue viva o muerta.

FECHA DE INGRESO.- Día-mes-año que corresponde al ingreso de la gestante a la maternidad u hospital.

CARNÉ- Se refiere a si la gestante presenta o no el Carné Perinatal al momento de la hospitalización para el parto o el aborto.

CONSULTAS PRENATALES TOTAL.- Número total de consultas prenatales.

HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO.- Internación en un hospital durante el periodo de embarazo, por razones diferentes al parto.

CORTICOIDES ANTENATALES.- Si la gestante recibió dos dosis de 12 mg de betametasona por vía intramuscular administradas cada 24 horas; o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona por vía intramuscular administradas cada 12 horas.

INICIO.- Se refiere al inicio del trabajo de parto.

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO.- Pérdida de líquido amniótico antes que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional.

EDAD GESTACIONAL AL PARTO.- Edad gestacional, en semanas completas y días al momento del parto

PRESENTACIÓN / SITUACIÓN.- Se refiere al tipo de presentación, cefálica”, “pelviana” o “transversa” diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto.

TAMAÑO FETAL ACORDE.- Correspondencia entre el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas y las semanas de edad gestacional.

ACOMPAÑANTE (APOYO CONTINUO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO).- Presencia durante el trabajo de parto y/o parto de una persona (familiar, amigo o personal de salud) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la gestante.

TRABAJO DE PARTO - DETALLES EN PARTOGRAMA.- Cuando se ha usado el partograma con curvas de alerta de CLAP/SMR u otro partograma.

PARTOGRAMA.- Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto.

NACIMIENTO.- Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto.

FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.- Registro de la hora y minutos del nacimiento, así como el día, mes y año.

MÚLTIPLE (NACIMIENTO MÚLTIPLE).- Nacimiento de más de un producto de la misma madre en el mismo embarazo.

TERMINACIÓN.- Manera en la que culminó el parto: espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra.

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO.- Causa o causas por las que se indicó la inducción, cesárea, fórceps, o vacuum.

POSICIÓN PARTO.- La posición de la paciente durante el período expulsivo: sentada, acostada o en cuclillas.

EPISOTOMÍA.- Corte que se realiza en la fase final del parto, ampliando el canal del parto, y que sirve para facilitar el nacimiento del bebé.

DESGARROS (Grado 1 a 4).- Lesiones que se presentan durante el proceso del parto, varían de extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

OCITÓCICOS.- Fármacos que estimulan la contracción del miometrio. Se usan en el Prealumbramiento y Postalumbramiento.

PLACENTA.- Órgano de estructura vascular, materna y embrionaria, que se desarrolla en el interior del útero durante el embarazo, y a través del cual el embrión recibe de la madre oxígeno y sustancias nutritivas, y elimina productos de desecho y dióxido de carbono. Verificar si la placenta se ha expulsado completa o ha quedado retenida.

LIGADURA DEL CORDÓN PRECOZ.- Cuando la ligadura ha ocurrido mientras el cordón está turgente y pulsando del lado placentario.

MEDICACIÓN RECIBIDA.- Medicación administrada durante el trabajo de parto o parto. No incluye la administración de oxitocina en el alumbramiento.

ATENDIÓ.- Se refiere al tipo de personal que atendió (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) a la madre (PARTO) y al recién nacido (NEONATO).

ENFERMEDADES (PATOLOGÍAS MATERNAS).- Patologías ocurridas en el embarazo, parto y puerperio.

SEXO.- Conjunto de características que distingue entre individuos: Femenino, Masculino o No definido.

PESO AL NACER.- Valor del peso al nacer en gramos.

PERÍMETRO CEFÁLICO.- Registra la medida del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande en centímetros.

LONGITUD.- Longitud del recién nacido en centímetros.

PESO EG (PESO PARA EDAD GESTACIONAL).- Peso del recién nacido en relación a su edad gestacional.

APGAR (min).- Primer examen que se realiza al recién nacido, evalúa rápidamente la condición física de los recién nacidos después del parto (1er y 5to minuto de vida).

REANIMACIÓN.- Procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido para asegurar el aporte de sangre oxigenada al cerebro cuando fallan los mecanismos naturales. (Estimulación, aspiración de boca y nariz, máscara, oxígeno, masaje cardiaco, intubación endotraqueal).

FALLECE EN LUGAR DE PARTO.- Cuando el neonato nació vivo pero falleció en la sala de partos.

REFERIDO.- Se refiere al destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos.

DEFECTOS CONGÉNITOS.- Presencia o ausencia de malformaciones congénitas.

ENFERMEDADES.- Otras enfermedades distintas a los defectos congénitos.

TAMIZAJE NEONATAL.- Pruebas que se realizan al neonato y sirven para detectar a recién nacidos portadores de alguna patología endocrina, infecciosa o errores del metabolismo, antes de que la enfermedad se manifieste.

MECONIO.- Materia fecal viscoso y espeso de color verde oscuro tirando a negro que se acumula en el colon fetal durante la gestación. Son las primeras heces.

PUERPERIO.- Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre-gestacionales.

ANTIRUBÉOLA POSTPARTO.- Administración de la vacuna antirubeólica en el posparto en mujeres con historia que no han sido inmunizadas previamente.

EGRESO DEL RECIÉN NACIDO.- El estado del recién nacido (vivo o fallece), su peso, edad y fecha al alta, o si fue derivado a otro servicio o institución diferente.

ALIMENTO AL ALTA.- Alimentación que el niño ha recibido durante su estadía en la institución.

BOCA ARRIBA.- Si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna.

BCG.- Vacuna que protege de la tuberculosis.

PESO AL EGRESO.- Peso del recién nacido en gramos al momento del alta de la institución.

CERTIFICADO RECIÉN NACIDO.- Número de certificado de nacimiento otorgado.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO.- Número de historia clínica otorgado por el establecimiento.

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO.- Nombre y apellidos completos del recién nacido elegido por los padres.

RESPONSABLE.- Nombre del médico responsable del alta.

EGRESO MATERNO.- Se refiere al estado de la mujer al momento del alta (viva o fallece) y la fecha al alta.



ANTICONCEPCIÓN.- Método, sustancia o medio que impide el embarazo de una mujer.

CONSEJERÍA.- Consejos sobre anticoncepción que se debe dar a la mujer antes del alta.

MÉTODO ELEGIDO.- Método seleccionado por la mujer luego de la consejería para una adecuada anticoncepción.

ANEXO 3

Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Características físicas del Recién Nacido Constituyen las condiciones de edad, sexo, antropometría y el estado general	Edad En semanas de gestación	S. de gestación registradas en el formulario # 051	< 37 37 a 41 > 41
	Sexo Por el fenotipo	Órganos sexuales externos registrado en el formulario # 051	Masculino Femenino No definido
	Antropometría Peso en gramos <2500 g o si es ≥4000 g.	Peso en gramos registrado en el formulario # 051	Adecuado Pequeño Grande
	Longitud: Tamaño fetal en cm. en relación con su EG	Adecuación de la longitud en cm	Si No
	Estado general: el puntaje de Apgar al 1er y 5º minuto de vida	Test de APGAR registrado en el formulario # 051	1 m (1 a 10) 5 m (1 a 10)
	Apariencia física de la condición de vida	Condición de vida del RN que se registra en el formulario # 051	Si No
Condición al nacer Fallece en sala de partos: El estado del neonato nacido, durante su estadía en la sala de partos.	Lugar del envío	Formulario # 051	Aloj. conjunto Neonatología Otro hospital
Referido: Destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos.	Parto Persona que atendió el parto a la mujer		Médico Enf. Obstetriz Auxiliar Estud. o Empírica Otro
Atención Se refiere a la persona que atendió el parto a la mujer y al neonato, pudiendo ser Médico,	Neonato Persona que atendió al recién nacido		Médico Enf. Obstetriz Auxiliar Estud. o Empírica



Enfermera u Obstetrix, Auxiliar de enfermería, Estudiante o Empírica u Otra persona.	pH	pH en sangre, anotado en el libro de registro	Otro
	Valores en sangre		Normal Alto Bajo
Diagnóstico de laboratorio Resultados de exámenes de laboratorio que pueden ser realizados a los neonatos durante su hospitalización en el servicio de neonatología.	Glicemia	Glucosa en sangre en mg, anotado en el libro de registro	Normal Hiperglucemia Hipoglucemia
	Cultivo	Número de colonias en +, anotado en el libro de registro	Tipo de germen

Tamizaje neonatal normal La existencia del tamizaje neonatal para la prevención de daño severo con la finalidad de iniciar un tratamiento oportuno	<u>VDRL.</u> Prueba hematológica para detección de la sífilis	Formulario # 051	Si No No se hizo
	<u>TSH.</u> Prueba hematológica para detección del hipotiroidismo	Formulario # 051	Si No No se hizo
	<u>Bilirrubina:</u> Prueba hematológica para detección de Ictericia	Formulario # 051	Si No No se hizo
	<u>Toxoplasmosis:</u> Dosificación de IgM para detección de toxoplasmosis	Formulario # 051	Si No No se hizo
<u>Meconio:</u> si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida	Observación de eliminación de meconio	Formulario # 051	Si No
Patología Defectos congénitos. Malformación mayor aquella capaz de producir la pérdida de la función del órgano afectado. Las menores, al no provocar la pérdida de función suelen ser estéticas.	Función de órganos y defectos estéticos	Formulario # 051	No Menor Mayor Código CIE10
Patologías. Presencia de una o más enfermedades.	Manifestaciones clínicas	Formulario # 051	No Código CIE10
Reanimación Lista de procedimientos que pueden ser utilizados	Oxígeno	Formulario # 051	Si No
	Máscara	Formulario #	Si



durante la recepción/reanimación del recién nacido.		051	No
	Tubo	Formulario # 051	Si No
	Masaje	Formulario # 051	Si No
	Adrenalina	Formulario # 051	Si No
Egreso del RN La condición del nacimiento de un niño y su evolución. • Si el niño nació vivo y sigue vivo al momento del alta. • Si el niño nació vivo pero por alguna complicación requiere ser trasladado a otro establecimiento. • Si el niño nació vivo y muere. Si el fallecimiento ocurre fuera del lugar de nacimiento.	Condición al egreso	Formulario # 051	Vivo Fallece Traslado
	Traslado	Formulario # 051	Si No
	Fallece durante o en el lugar del traslado	Formulario # 051	Si No
Alimento al alta El tipo de alimentación que el niño ha recibido durante su estadía en la institución	Alimentación administrada al niño	Formulario # 051	Lactancia exclusiva Parcial Artificial
Boca arriba Si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna.	Información recibida por la madre	Formulario # 051	Si No
Vacuna BCG Si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG antes del alta	Administración de la vacuna BCG al neonato	Formulario # 051	Si No
Peso al egreso Peso del recién nacido en gramos al momento del alta de la institución.	Física	Peso en gramos registrado en formulario # 051	Rangos de 500

Anexo 4

Estándares e indicadores de calidad del Hospital Aida de León Rodríguez Lara de la ciudad de Girón Enero - Junio 2010

Proceso	Estándar	Indicador	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
			%	%	%	%	%	%
Estándar de entrada para la AM y RN	1	% Insumos esenciales atención Materna y RN	91			91		
C. P	2	Control prenatal atendido según norma	96	89	79	100	69	60
Atención del Parto	3A	% Partos con partograma graficado y con control	80	85	100	89	84	87
	3B	% partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma	75		100			
	4	% Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer periodo)	100	100	100	100	100	100
P-P	5	% de post partos con control según la norma	100	94	97	100	100	95
R.N	6	% de RN en los que se realizó actividades de la norma	100	100	100	100	100	100
Atención Profesional	7A	% partos atendidos por médico/a u obstetriz	100	100	100	100	100	100
	7B	% de RN atendidos por médico/a u obstetriz	100	65	100	100	100	100
Complicaciones Obstétricas	8A	% de pacientes con preeclampsia, eclampsia manejada según la norma					100	
	8B	% de Hemorragias Obstétricas manejadas según la norma				100		

	8C	% de infecciones obstétricas manejadas según la norma						
	8D	% Partos Pretérmino con Corticoides prenatales		100		100		
	8E	% Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor		100		100		
	8F	% Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas, manejadas de acuerdo a norma		100			50	
Complicaciones Neonatales	9A	% RN con infección, manejados de acuerdo a la norma	0	0				
	9B	% RN con Trastornos Respiratorios, manejados de acuerdo a la norma		0				
	9C	% RN con Prematurez, manejados de acuerdo a la norma					0	0
Estándares e indicadores de Salida	10	Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas						
	11	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal	0	0	0	0	0	0
	12	% de complicaciones obstétricas atendidas, de las esperadas	0	5	8	10	13	15
	13	% de muertes maternas investigadas						

Anexo 5

Manual de estándares

Estándares e indicadores a ser medidos por los equipos de mejoramiento continuo de la calidad:

Estándares básicos e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y del recién nacido/a:

1. Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
Toda Unidad Operativa contará con el 100 % de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a	Porcentaje de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a	$\frac{\text{Número de insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta la Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a el día de la medición}}{\text{Total de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, seleccionados de acuerdo al nivel de complejidad de la Unidad de Salud}} \times 100$	Lista de chequeo para constatar la existencia de los insumos, equipos y medicamentos seleccionados	El número de Insumos, equipos y Medicamentos que correspondan de acuerdo al tipo de atención que se brinde	Observación directa	-	Trimestral

Lista de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de la salud reproductiva y del/a recién nacido/a:

<p>Área de preparación:</p> <p>1. Fonendoscopio / estetoscopio</p> <p>2. Tensiómetro</p> <p>3. *Tallímetro o cinta métrica</p> <p>4. Balanza de adulto</p> <p>5. Termómetros</p> <p>Consultorio de Gineco-Obstetricia:</p> <p>6. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>7. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.</p> <p>8. Fonendoscopio / estetoscopio</p> <p>9. Tensiómetro.</p> <p>10. Termómetros.</p> <p>11. Lámpara cuello de ganso.</p> <p>12. Camilla ginecológica o mesa de examen con pileras.</p> <p>13. Corneta de Pinard y/o Doppler</p> <p>14. *Cinta métrica</p> <p>15. *Papelería: (solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y recetas)</p> <p>16. Guantes esteriles desechables</p> <p>17. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine Alcohol yodado)</p> <p>18. Tirillas para proteinuria</p> <p>19. Espécules vaginales esteriles y/o desechables.</p> <p>20. *Espátulas de Ayre / Cepillo endocervical / Fijador para placas / Placas portabio</p> <p>21. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine Alcohol</p>	<p>Servicio de Emergencia:</p> <p>59. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>60. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.</p> <p>61. Fonendoscopio / estetoscopio.</p> <p>62. Tensiómetro.</p> <p>63. Termómetros.</p> <p>64. Lámpara cuello de ganso.</p> <p>65. Camilla ginecológica o mesa de examen con pileras.</p> <p>66. Corneta de Pinard y/o Doppler.</p> <p>67. Reloj de pared.</p> <p>68. Guantes quirúrgicos esteriles.</p> <p>69. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine Alcohol yodado).</p> <p>70. Tirillas para proteinuria.</p> <p>71. Espécules vaginales esteriles y/o desechables.</p> <p>Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (Item 71 a 89)</p> <p>72. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc</p> <p>73. Esparadrapo normal y poroso.</p> <p>74. Gasas esteriles</p> <p>75. Catéter venoso No. 18 o 20</p> <p>76. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.</p> <p>77. Microgotero o bomba de infusión.</p> <p>78. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución</p>	<p>122. Betametazona amp 6 mg/ml/2 ml. O</p> <p>123. Dexametazona amp 4 mg/ml</p> <p>124. Lidocaina al 2 % sin epinefrina (SE) frasco.</p> <p>125. Oxígeno disponible</p> <p>Sala de partos (Atención del recién nacido normal):</p> <p>126. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>127. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.</p> <p>128. Fonendoscopio pediátrico/ estetoscopio pediátrico.</p> <p>129. Tallímetro o cinta métrica</p> <p>130. Balanza pediátrica y/o neonatal.</p> <p>131. Tres toallas o campos de tela para secado del recién nacido.</p> <p>132. Fuente de calor Termómetro ambiental</p> <p>133. Meso de examen</p> <p>134. Reloj.</p> <p>135. Guantes esteriles desechables</p> <p>136. Penlla de caucho</p> <p>137. Aspirador con manómetro.</p> <p>138. Ligaduras de cordón umbilical (anillos de caucho o clamp)</p> <p>139. * Manillas para identificar al/a recién nacido/a</p> <p>140. Laringoscopio neonatal con hoja 0 1.</p> <p>141. * Tubo endotraqueal para recién nacido #2 4</p> <p>142. Sonda nasogástrica para neonatos N° 6-8 FR.</p>	<p>Sala de cirugía / quirófano (obstétrico):</p> <p>174. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>175. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.</p> <p>176. Lavabo Quirúrgico / Jabón líquido quirúrgico.</p> <p>177. Fonendoscopio / estetoscopio</p> <p>178. Tensiómetro.</p> <p>179. Lámpara quirúrgica o ciéltica</p> <p>180. Mesa de operaciones</p> <p>181. Reloj</p> <p>182. Equipo de succión.</p> <p>183. Paquete de instrumental de cesárea (existirán dos paquetes de instrumental estéril listo para atender cesáreas)</p> <p>184. Dos paquetes de ropa estéril y lencería de quirófano para atención de cesáreas</p> <p>185. Guantes quirúrgicos esteriles</p> <p>186. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine Alcohol yodado)</p> <p>187. Sufuras absorbibles (Catgut / Vicryl)</p> <p>188. Tirillas para proteinuria.</p> <p>Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (Item 182 al 207)</p> <p>189. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc</p> <p>190. Esparadrapo normal y poroso.</p> <p>191. Gasas esteriles</p> <p>192. Catéter venoso No. 18 o 20</p>
---	--	---	---

<p>22. *Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.</p> <p>Farmacía (stock mínimo considerado por cada Unidad de Salud)</p> <p>23. Soluciones desinfectantes (Clorhexidine Alcohol yodado).</p> <p>24. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p>25. *Paracetamol tabletas 500 mg.</p> <p>26. *Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.</p> <p>27. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>28. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>29. Oxitocina ampollas de 10UI.</p> <p>30. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10 cc.</p> <p>31. Gluconato de calcio ampollas de 10 cc al 10%.</p> <p>32. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>33. *Ampicilina ampollas 1 g/tabletas 500mg.</p> <p>34. Cefazolina ampollas 1 g.</p> <p>35. Eritromicina tabletas 500 mg.</p> <p>36. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.</p> <p>37. Gentamicina ampollas 80 mg.</p> <p>38. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.</p> <p>39. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. o Dexametasona amp 4 mg/ml.</p> <p>40. Filonadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina.</p> <p>41. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%.</p> <p>42. Lidocaina al 2 % sin epinefrina (SE) fresca.</p> <p>Leboreatorio:</p> <p>43. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>44. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortapuntantes.</p> <p>45. Microscopio.</p> <p>46. Cantebriga.</p> <p>47. Cámara cuenta glóbulos.</p> <p>48. Coagulómetro para tiempos de coagulación.</p> <p>49. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc y/o vacutainer.</p> <p>50. Tubos: tapa roja, lila, celeste.</p> <p>51. Tubos de entrosedimentación y hematocrito.</p> <p>52. Reactivo y/o tirillas para glicemia.</p> <p>53. Reactivo para VDRL.</p> <p>54. Reactivo y/o tirillas para proteinuria.</p> <p>55. Reactivos para tiempos de coagulación. Reactivos para TGO TGP.</p> <p>56. Kit para prueba rápida VIH.</p> <p>57. Ser para tipificación y pruebas cruzadas.</p> <p>58. Reactivos para test de embarazo.</p>	<p>79. *Paracetamol tabletas 500 mg.</p> <p>80. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>81. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>82. Oxitocina ampollas de 10UI.</p> <p>83. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10cc.</p> <p>84. Gluconato de calcio ampollas de 10 cc al 10%.</p> <p>85. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>86. Eritromicina tabletas 500 mg.</p> <p>87. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.</p> <p>88. Gentamicina ampollas 80 mg.</p> <p>89. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.</p> <p>90. Ampicilina ampollas 1 gr /tabletas 500 mg.</p> <p>91. Oxígeno disponible.</p> <p>Sala de partos (Atención del parto normal y complicado):</p> <p>92. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>93. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortapuntantes.</p> <p>94. Fonendoscopia / estetoscopia.</p> <p>95. Tensiómetro.</p> <p>96. Termómetros.</p> <p>97. Lámpara cuello de ganso o quirúrgica.</p> <p>98. Camilla de partos / Camilla ginecológica a mesa de examen con piñeros.</p> <p>99. Corneta de Pinard y/o Doppler.</p> <p>100. Reloj.</p> <p>101. Dos Paquetes de instrumental listos para atención de partos.</p> <p>102. Equipo para aspiración manual endouterina (AMEU).</p> <p>103. Dos paquete de ropa estéril para parto / AMEU.</p> <p>104. Tirillas para proteinuria.</p> <p>105. Guantes quirúrgicos estériles.</p> <p>106. Soluciones desinfectantes (Clorhexidine Alcohol yodado).</p> <p>107. Solinas absorbibles (Catgut / Viny).</p> <p>108. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc.</p> <p>109. Espaldarazo normal y poroso.</p> <p>110. Gases estériles.</p> <p>111. Catéter venoso # 18 o 20.</p> <p>112. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.</p> <p>113. Microgatero o bomba de infusión.</p> <p>114. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p>115. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>116. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>117. Oxitocina ampollas de 10UI.</p> <p>118. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10cc.</p> <p>119. Gluconato de calcio ampollas de 10 cc al 10%.</p> <p>120. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>121. Eritromicina tabletas 500 mg.</p>	<p>varios formatos</p> <p>144. Filonadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina.</p> <p>145. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%.</p> <p>Estación de enfermería de hospitalización obstétrica.</p> <p>146. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>147. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortapuntantes.</p> <p>148. Fonendoscopia / estetoscopia.</p> <p>149. Tensiómetro.</p> <p>150. Termómetros.</p> <p>151. Corneta de Pinard y/o Doppler.</p> <p>152. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc.</p> <p>153. Espaldarazo normal y poroso.</p> <p>154. Gases estériles.</p> <p>155. Catéter venoso No. 18 o 20.</p> <p>156. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.</p> <p>157. infusión.</p> <p>158. Microgatero o bomba de infusión.</p> <p>159. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p>160. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>161. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>162. Oxitocina ampollas de 10UI.</p> <p>163. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10cc.</p> <p>164. Gluconato de calcio ampollas de 10 cc al 10%.</p> <p>165. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>166. Eritromicina tabletas 500 mg.</p> <p>167. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.</p> <p>168. Gentamicina ampollas 80 mg.</p> <p>169. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.</p> <p>170. Ampicilina ampollas 1 gr /tabletas 500 mg.</p> <p>171. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. O</p> <p>172. Dexametasona amp 4 mg/ml.</p> <p>173. Oxígeno disponible.</p>	<p>infusión.</p> <p>194. Microgatero o bomba de infusión.</p> <p>195. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p>196. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>197. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>198. Oxitocina ampollas de 10UI.</p> <p>199. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc.</p> <p>200. Gluconato de calcio ampollas de 10 cc al 10%.</p> <p>201. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>202. Cefazolina ampollas 1 g.</p> <p>203. Lidocaina al 2% sin epinefrina (SE).</p> <p>Material de Anestesia Obstétrica.</p> <p>204. Máquina de anestesia funcionando y fármacos correspondientes para cirugía obstétrica básica.</p> <p>205. Perfil N°18.</p> <p>206. Espinacan N°25-26-27.</p> <p>207. Tubos endotraqueales 7 7.5.</p> <p>208. Cánulas de Guedel.</p> <p>209. Fentanilo amp 0,05mg/ml/10 ml.</p> <p>210. Bupivacaina pesada 0,5% fresca.</p> <p>211. Lidocaina al 2% sin epinefrina fresco.</p> <p>212. Lidocaina al 2% con epinefrina fresco.</p> <p>213. Midazolam ampollas 15 mg.</p> <p>214. Oxígeno disponible.</p>
---	---	--	---